



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

ALICE DOS SANTOS FERREIRA

**ANALISE SOBRE A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE BASEADA
NAS PRODUÇÕES DO CONJUNTO CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO
SOCIALE CONSELHOS REGIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS/CRESS**

**MIRACEMA DO TOCANTINS, TO
2023**

Alice dos Santos Ferreira

**Atuação do Assistente Social na área da saúde baseado nas produções do
conjunto Conselho Federal de Serviço Social e Conselhos Regionais de
Serviço Social - CFESS/CRESS**

Monografia apresentada à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema, como requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientador (a) Profa. Dra. Rosemeire dos Santos.

Miracema do Tocantins, TO
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

F383a Ferreira, Alice dos Santos.

Atuação do Assistente Social na área da saúde baseado nas produções do conjunto Conselho Federal de Serviço Social e Conselhos Regionais de Serviço Social - CFESS/CRESS. / Alice dos Santos Ferreira. – Miracema, TO, 2023.

61 f.

Monografia Graduação – Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Serviço Social, 2023.
Orientadora : Rosemeire dos Santos

1. Saúde. 2. Serviço Social. 3. Reforma Sanitária. 4. CFESS/CRESS. I. Título

CDD 360

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ALICE DOS SANTOS FERREIRA

ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE BASEADO NAS
PRODUÇÕES DO CONJUNTO CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL E
CONSELHOS REGIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS/CRESS

Monografia apresentada à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Campus Universitário de Miracema do Tocantins, Curso de Serviço Social foi avaliado para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social e aprovada em sua forma final pelo Orientador (a) e pela Banca Examinadora.

Data de Aprovação: 28/ maio/2023

Banca Examinadora:

Prof.(a) Dr.(a) Rosemeire dos Santos – Orientadora, UFT.

Prof. Dr.(a) Vanda Micheli Burginski - Examinador, UFT.

Prof. Dr.(a) Alan Loiola – Examinador. PUC- SP

Esse trabalho é dedicado aos meus filhos
Luiz Miguel e Anthony a todo meu
esforço, e a todos que colaboraram nesse
processo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por ter me amparado nos momentos difíceis, pela minha vida, e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho.

Enalteço todos que contribuiu direta e indiretamente com meu trabalho, a minha mãe, Simone por me ajudar a manter forte e nunca desistir desse processo, a pessoa que sempre procurou o melhor em mim.

Professora Doutora Rosemeire Santos pela paciência e esforço comigo todo esse tempo.

As minhas amigas Ketielly e Jayne por terem me incentivado a continuar.

Ao meu pai e ao meu filho Luiz Miguel, pois por ele que eu não desisti de todo esse processo que fora cansativo, mas também gratificante.

Minha família tia Dione, meus primos Samara e Sergio por terem sempre me ouvido com paciência. Agradeço a inúmeras pessoas que não cabem nesse pequeno trecho.

À Universidade Federal do Tocantins - UFT por ter me dado esse espaço de conhecimento, professores, colaboradores e outros.

Obrigada a todos por acreditarem em mim e a todos que participaram direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, enriquecendo o meu processo de aprendizado.

As pessoas com quem convivi ao longo desses anos de curso, que me incentivaram e que certamente tiveram impacto na minha formação acadêmica.

RESUMO

O Trabalho que ora se apresenta é exigência do curso de Bacharel em Serviço Social para a Conclusão de Curso, que se apresenta em forma de monografia. O Trabalho de Conclusão de Curso – TCC sob o título: Atuação do assistente social na área da saúde baseado nas produções do conjunto conselho federal de serviço social e conselhos regionais de serviço social - CFESS/CRESS. Teve como objetivo, pesquisar as produções do conjunto CFESS/CRESS sobre a atuação do/a Assistente Social na Política de Saúde, que teve como escolha metodológica a revisão de bibliografia e o levantamento bibliográfico. Neste sentido a construção da monografia se deu a partir das construções históricas e a trajetória no Sistema Único de Saúde – SUS, destacando a importância do processo da Reforma Sanitária, para a construção e a consolidação do sistema de saúde brasileiro, como política social pública. Por isso, em um primeiro momento se faz uma análise histórica dessa trajetória, em uma linha do tempo, não linear e com contradições que vai apresentar os desafios da política social. E o Serviço Social como profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, e política de saúde é um espaço sócio-ocupacional, por isso a necessidade de compreender o processo sócio-histórico da profissão e seus processos juntos aos movimentos sociais para a construção de sua direção social, como profissão e também como defensora dos direitos sociais, dentre eles o direito à saúde. O que faz considerar que o/a assistente social, na política de saúde possui possibilidades, limites e desafios colocados a partir do contexto societário, tais como as atuais configurações do mundo do trabalho e seus impactos na saúde, e que precisa cotidianamente lidar com os desafios profissionais para a viabilização do acesso e a qualidade dos serviços de saúde para a classe trabalhadora na perspectiva da afirmação dos direitos sociais.

Palavras-chaves: Saúde. Serviço Social. Reforma sanitária.

ABSTRACT

The work presented here is a requirement of the Bachelor's degree in Social Work for the Completion of the Course, which is presented in the form of a monograph. The Course Completion Work – TCC under the title: Social worker's role in the health area based on the productions of the joint federal social service council and regional social service councils - CFESS/CRESS. Its objective was to research the productions of the CFESS/CRESS group on the role of Social Workers in Health Policy, which had as its methodological choice the bibliography review and bibliographic survey. In this sense, the construction of the monograph was based on historical constructions and the trajectory in the Unified Health System – SUS, highlighting the importance of the Health Reform process, for the construction and consolidation of the Brazilian health system, as a public social policy. Therefore, firstly, a historical analysis of this trajectory is carried out, in a non-linear timeline with contradictions that will present the challenges of social policy. And Social Service as a profession inserted in the social and technical division of labor, and health policy is a socio-occupational space, hence the need to understand the socio-historical process of the profession and its processes together with social movements for the construction of its social direction, as a profession and also as a defender of social rights, including the right to health. What makes us consider that the social worker, in health policy, has possibilities, limits and challenges posed by the societal context, such as the current configurations of the world of work and its impacts on health, and that he/she needs to deal with the problems on a daily basis. professional challenges for enabling access and quality of health services for the working class from the perspective of affirming social rights.

Keywords: Health. Social Services. Health reform.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Apresenta as produções do Conjunto CFESS/CRESS..... 42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEAS	Centro de Estudos e Ação Social
CEBES	Brasileiro de Estudo de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DC	Desenvolvimento de Comunidade
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Nacional de Previdência Social
INSS	Instituo Nacional do Seguro Social
HGP	Hospital Geral de Palmas
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
PEP	Projeto Ético Política
PET	Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde
SES	Protocolos de Atenção à Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
US	Unidade de Serviço

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	SERVIÇO SOCIAL: BREVES REFLEXÕES DA PROFISSÃO.....	14
3	SAÚDE COMO POLÍTICA NO BRASIL.....	21
4	ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE ..	36
4.1	Produções Do Conjunto Cfess/Cress Sobre Serviço Social E Saúde.....	42
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
	REFERÊNCIAS	58

1 INTRODUÇÃO

O Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, na forma de monografia, é exigência parcial do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Tocantins – UFT, campus de Miracema. Nesse sentido, o que ora se apresenta intitula-se: Atuação do assistente social na área da saúde baseado nas produções do conjunto conselho federal de serviço social e conselhos regionais de serviço social - CFESS/CRESS. O mesmo teve como objetivo geral: pesquisar as produções do conjunto CFESS/CRESS sobre a atuação do/a Assistente Social na Política de Saúde, objetivando especificamente: a) discutir brevemente a trajetória histórica do processo de institucionalização da profissão em Serviço Social no Brasil; b) contextualizar reflexão processual da saúde brasileira e os seus caminhos para o seu reconhecimento enquanto da política social pública, remetendo-se a história e discussão sobre saúde e doença no Brasil e a quem se destinada.

Que partiu da indagação da pesquisadora durante o processo de graduação sobre a atuação do/a assistente social na política de saúde brasileira, a outra parte no qual surgiu inspiração para trabalhar nesse assunto foi o campo de estágio na área da saúde no qual foi executado no Hospital Geral de Palmas (HGP).

O mesmo proporcionou experiências que fizeram com que obtivesse um aprofundamento no campo da saúde e os assuntos que permeiam. Desse modo, a escolha da temática se deu por conta do campo de estágio, bem como, por entender a importância do profissional nessa política, e a atuação profissional dentro dos vários campos da saúde.

A Política de Saúde no Brasil como um espaço de atuação profissional de várias profissões, entre elas o Serviço Social, assim como tudo na sociedade não é estático e sobre todas as influências da sociedade capitalista e do neoliberalismo, o que faz afirmar que as últimas décadas, tanto as políticas sociais, como as profissões passam cotidianamente por diversas transformações. Seja no desenvolvimento do seu fazer profissional, ou nas suas formas e condições de trabalho.

As políticas sociais, em especial a política de saúde, é um espaço de disputa tanto, pois é um campo de grande interesse para o mercado. Por isso, que as ideologias neoliberais tanto atingem a forma de planejar, implementar e executar as

ações e serviços de saúde, o resultado disso é a terceirização dos serviços, bem como a contratação dos profissionais via Organizações Sociais de Saúde – OSS.

O presente trabalho, que ora se apresenta, buscou compreender a realidade a partir da trajetória sócio-histórica da profissão em Serviço Social, bem como da política de saúde. Compreendendo que a profissão tem sua trajetória, assim como a política de saúde, todavia, há intersecções no que condiz os processos de organização coletiva e movimentos de lutas para efetivação dos direitos sociais e políticos da classe trabalhadora.

Nesse sentido a inserção do/a Assistente Social na política de saúde, se fez necessário, bem como a necessidade de formação continuada e reflexões sobre a atuação profissional do Serviço Social na política de saúde brasileira, e esta monografia se dedicou verificar como a entidade de regulação da profissão, o conjunto CFESS/CRESS, vem impulsionando e fortalecendo o debate entre os profissionais assistentes sociais, principalmente a partir do aumento significativo no recrutamento desses profissionais nos serviços públicos de saúde, principalmente a partir da década de 1990 que aconteceu à aprovação do Sistema Único de Saúde – SUS, uma atuação permeada por lutas e conquistas coletivas de profissionais da saúde e da população usuária.

A implantação do SUS originou-se de dois movimentos ao mesmo tempo, em primeiro lugar, as peculiaridades das profissões que tradicionalmente ocupam este setor em segundo lugar, devido à expansão da intervenção profissional dos assistentes sociais setor saúde, após a implantação do SUS, são apresentadas suas capacidades de intervenção resposta às novas demandas e contribuição política construindo um verdadeiro SUS (VASCONCELOS, 2013).

Para a construção do trabalho, utilizou se a pesquisa bibliográfica, a partir de materiais extraídos da Internet, assim como artigos e livros relacionados com o tema de vários autores para explicar, apresentar e colaborar nas reflexões sobre as análises que constituíram o presente trabalho.

A pesquisa bibliográfica possibilitou mostrar os fatos já ocorridos sobre o tema de pesquisa, destacando que a pesquisa focou em estudos já realizados a partir de outros pesquisadores, através de livros, artigos e outros.

[...] registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc. Utilizam-se dados de categorias teóricas já trabalhadas por outros pesquisadores e devidamente registrados. Os textos tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados. O pesquisador

trabalha a partir de contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos textos (SEVERINO, 2007, p.122).

O importante desse estudo foi mostrar informações narradas anteriormente, buscando a atualização e reflexões das informações sobre o assunto através da pesquisa qualitativa, que coletou dados objetivos narrados e possibilitou resultados reflexivos, a partir da pesquisa bibliográfica qualitativa, compreendendo que:

A pesquisa qualitativa é conhecida também como "estudo de campo", "estudo qualitativo", "interacionismo simbólico", "perspectiva interna", "interpretativa", "etnometodologia", "ecológica", "descritiva", "observação participante", "entrevista qualitativa", "abordagem de estudo de caso", "pesquisa participante", "pesquisa fenomenológica", "pesquisa-ação", "pesquisa naturalista", "entrevista em profundidade", "pesquisa qualitativa e fenomenológica", e outras [...]. Sob esses nomes, em geral não obstante, devemos estar alertas em relação, pelo menos, a dois aspectos. Alguns desses enfoques rejeitam total ou parcialmente o ponto de vista quantitativo na pesquisa educacional; e outros denunciam, claramente, os suportes teóricos sobre os quais elaboraram seus postulados interpretativos da realidade (TRIVIÑOS, 1987, p.124).

Para a melhor compreensão da pesquisa apresentada a pesquisa qualitativa foi baseada no contexto de buscar e sanar informações e entendimentos para o conhecimento da área estudada que se interliga com os estudos do Materialismo Histórico Dialético.

Com o objeto de pesquisa definido, buscou- se dados, procurando analisar a realidade social, para obter os resultados que ora se apresentam. Conforme ressalta Severino (2007, p. 15), a pesquisa científica tem caráter pessoal e acrescido a isso:

[...] em uma dimensão social, o que confere o seu sentido político. Esta exigência de uma significação política englobante, implica que, antes de buscar-se um objeto de pesquisa, o pós-graduando pesquisador já deve ter pensado o mundo, indagando-se criticamente a respeito de sua situação, bem como da situação de seu projeto e de seu trabalho nas tramas políticas de qualquer realidade social (SEVERINO, 2007, p. 15).

Com isso essa pesquisa visou mostrar as etapas de evolução ou retrocesso na perspectiva da atuação, usando os métodos, portanto, é importante ressaltar que a metodologia no corpo desse trabalho teve como objetivo, de acordo com THIOLLENT (1988) estruturar de forma coletiva participativa e ativa ao colher as informações necessárias, que no entanto, o procedimento metodológico consolidou a base para a coleta de dados e a construção deste trabalho, que se apresenta em uma Introdução, três capítulos e uma breve consideração final.

No primeiro capítulo discute-se brevemente a trajetória histórica do processo de institucionalização da profissão em Serviço Social no Brasil, que se deu nos anos de 1930, vinculado à lógica da “ajuda e caridade”, meio ao tratamento das expressões da ‘questão social’, e com o desenvolvimento dos trabalhos profissionais e todo um processo de teorização no movimento histórico e real da profissão chegando nos anos de 1990 com a direção social crítica marxista, na defesa por uma nova ordem social, na defesa dos direitos sociais e humanos, envolvendo-se aos movimentos sociais de trabalhadores e movimentos reivindicatórios para a implementação e execução das políticas sociais, a exemplo, a política de saúde.

O segundo capítulo, dedicou-se na contextualização e reflexão processual da saúde brasileira e os seus caminhos para o seu reconhecimento enquanto da política social pública. Remetendo-se a história e discussão sobre saúde e doença no Brasil e a quem se destinada.

Por fim no terceiro e último capítulo, buscou-se analisar as publicações do conjunto do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS e os Conselhos Regionais em Serviço Social – CRESS orientando a atuação do/a assistente social na política social de saúde, consolidando o objetivo geral do trabalho de pesquisa que consistiu em apresentar as orientações para a atuação do assistente social na política de saúde, identificando as possibilidades e desafios.

Como referências teóricas o trabalho teve como principais autores Netto, Fleury, Iamamoto, Yazbek, Bravo, referências no serviço social brasileiro, dentre outros fazem parte do arcabouço teórico deste trabalho. Cabe ainda destacar que esse trabalho não esgota a temática, mas espera que possa instigar novos trabalhos e pesquisas sobre o tema.

Capítulo I

2 SERVIÇO SOCIAL: BREVES REFLEXÕES DA PROFISSÃO

Discutir o trabalho em equipe também exige definir esse trabalho na área da saúde. Segundo Matos (2013), “[...] o trabalho em saúde coletiva teve início na década de 1940 nos hospitais, se usa maioria foi construída pelo Instituto de Pensões e Pensões (IAPS)”. Mas era apenas um ambiente destinado ao trabalho parcial e independente orientado pelo conhecimento médico. Foi apenas em 1997, que o Conselho de Saúde enfatiza que “a consciência da necessidade de fazer o avanço, feito por vários profissionais altamente treinados, foi um avanço no conceito de cuidado de saúde e cuidados integrais” (CNS, 1998, p. 1). Esta definição foi baseada no conceito de trabalho interdisciplinar em saúde com o SUS e representa um sucesso no conceito saúde estendido.

O Serviço Social é uma profissão implantada na divisão social e técnica do trabalho, que inicia seu processo de institucionalização no Brasil a partir dos anos de 1930, numa conjuntura do aprofundamento do capitalismo monopolista brasileiro e do aprofundamento das expressões da questão social.

Compreendendo assim que à apreensão do significado histórico da profissão só é desvendada em sua inserção na sociedade capitalista, pois ela se afirmar como instituição peculiar na e a partir da divisão social do trabalho (IAMAMOTO; CARVALHO, 1996, p. 16).

Iamamoto e Carvalho (1996, p. 133 - 168) apresentam aspectos do processo sócio-histórico da profissão, possibilitando a compreensão da construção social, histórica e política da profissão no Brasil. Sabe-se que a gênese do serviço social tem raízes na doutrina cristã da igreja católica, tendo em vista que as ações frente à questão social¹, que viria a se tornar matéria-prima do serviço social, inicialmente eram de cunho assistencialista e de caridade, baseado numa visão moral de

¹A “questão social” emerge através da reprodução social, na sociedade capitalista é expressão dos processos de desigualdades estabelecidos nas relações sociais, sobretudo a partir da contradição entre capital e trabalho, da qual se tem a apropriação privada dos bens sociais, enquanto a produção dos mesmos bens é feita socialmente. Ou seja, a questão social, tal como entendemos contemporaneamente é fruto da própria organização econômica e social, não é dada ao acaso. (YAZBEK, 2009).

tratamento das expressões da ‘questão social’, tendo como base as encíclicas papais a *Rerum Novarum*² e a *Quadragesimo Anno*³.

Yazbek (2009, p. 3,5) aponta que a doutrina social da Igreja Católica direcionava o serviço social rumo uma ação conservadora, moralizadora e individualista, pois considerava os problemas sociais de responsabilidade dos próprios sujeitos.

O processo de institucionalização da profissão em Serviço Social no Brasil tem seu início com o curso de formação social e com a fundação em 1932 do CEAS – Centro de Estudos e Ação Social, no qual consistia em difundir os preceitos da igreja católica nas ações sociais, e foi o CEAS a possibilidade deformar as primeiras escolas de Serviço Social, sendo a primeira em 1936 na cidade de São Paulo e a segunda em 1937 na cidade do Rio de Janeiro.

Foi nos anos de 1940 com a aproximação ao Serviço Social Norte-americano, fundamentado na teoria social positivista⁴, com as experiências de Mary Richmond⁵ o que segundo Lamamoto (1992, p. 21) resultou em um “arranjo teórico doutrinário”. Que nada mais foi a intersecção do discurso humanista cristão e o suporte tecno-

²A encíclica *Rerum Novarum* foi escrita pelo Papa Leão XIII, em 1891, e trata da condição dos operários, nos escritos o então Papa retrata a miséria na qual os operários estavam imersos, buscando refletir como tal condição era injusta, além de traçar reflexões para melhor lidar com tal condição. Na encíclica (p. 1-2) o Papa escreve: “[...] os trabalhadores, isolados e sem defesa, têm-se visto [...] entregues à mercê de senhores desumanos e à cobiça duma concorrência desenfreada.” Sobre a real proposta da encíclica, De Souza e Mirales (2021, p. 6) afirmam que a encíclica [...] propôs a recuperação da filosófica tomista como alternativa a “questão social” e passou a conceber uma terceira via como alternativa, ou seja, difunde que nem um viés capitalista, como mandava o modo de produção, nem socialista poderá assegurar a superação das proporções adquiridas pela “questão social”, que assombrava o mundo capitalista na época.

³A encíclica *Quadragesimo Anno* é datada de maio de 1931, ano em que se comemorou os quarenta anos da *Rerum Novarum*. Lançada no em tom mais radical que a anterior, em razão do contexto social, pós Revolução Russa e Primeira Guerra Mundial, e em meio à crise de 1929. Trata-se de uma encíclica que coloca os assistentes sociais católicos como os encarregados do cuidado com a questão social, do espírito caridoso e da perícia técnica. Segundo Castro (2003, p. 64),

⁴A teoria social positivista foi inaugurada entre os séculos XVIII e XIX, através dos escritos do filósofo francês Auguste Comte. Essa teoria tinha como foco o sujeito e tentava explicar o que era de âmbito social através das leis da natureza, como acontecia nas ciências da natureza, para tanta tal perspectiva entendia que a relação entre um pesquisador e pesquisado deveria ser neutra, como se fosse possível abstrair o pesquisador de todas suas convicções e influências do meio externo, além de enxergar o pesquisado de forma superficial, na busca pela objetividade, a teoria social positivista deixava o sujeito alheio do meio em que vivera, ademais, entendia que o progresso humano era linear e passava por estágios bastante definidos, sendo eles o teológico, filosófico e o científico ou positivo. A teoria social positivista serviu por um tempo como suporte teórico-metodológico para o serviço social, sobre isso Yazbek (2009, p. 6) frisa que o positivismo “[...] aborda as relações sociais dos indivíduos no plano de suas vivências imediatas [...] em sua objetividade e imediaticidade. O método positivista trabalha com as relações aparentes dos fatos, evolui dentro do já contido e busca a regularidade [...]”

científico inspirado na teoria social positivista, caminhos de pensamento reafirmados para a ocupação conservadora.

Somado a esse processo do “arranjo teórico-doutrinário” institui-se os acordos internacionais no período pós-guerra, principalmente a prática do Desenvolvimento de Comunidade (DC):

Institucionalizado pela Organização das Nações Unidas após a Segunda Guerra Mundial, o Desenvolvimento de Comunidade foi postulado num momento histórico marcado pela chamada ‘Guerra Fria’, liderada pelos Estados Unidos e a Rússia. A ONU assumiu a função estratégica de garantir a ordem social e preservar os regimes e ideologias democráticos (GUILHERME, 2012; p. 131).

E como todo processo sócio-histórico não é linear e sim contraditório foi a partir da prática do DC no Brasil, pelos assistentes sociais, que indicou um questionamento da metodologia de ação do Serviço Social, vinculado com o momento sócio-político do Brasil e da América Latina com as Ditaduras Militares, inicia-se no interior da profissão o que denomina-se de “Movimento de Reconceituação” ou como aponta Paulo Netto em sua obra *Ditadura e Serviço Social* “tentativa” de ruptura com o conservadorismo.

O Movimento de Reconceituação [...] é dominado pela contestação ao tradicionalismo profissional, implicou um questionamento global da profissão: de seus fundamentos ídeo-teóricos, de suas raízes sociopolíticas, da direção social da prática profissional e de seu modus operandi (IAMAMOTO, 2010, p. 205, apud VIANA; CARNEIRO; GONÇALVES, 2017, p. 3).

O Movimento de Reconceituação é um momento importante para o Serviço Social brasileiro, pois foi a partir desse processo que se tornou possível avaliar as dimensões teórico-práticas da profissão, possibilitando uma atuação profissional intervintiva baseada em uma análise crítica da realidade concreta, para buscar melhor desempenho na atuação profissional, com base na metodologia teórica para atender as exigências da questão social buscando superar as práticas tradicionais de serviço social.

Entendemos por renovação o conjunto de características novas, que no marco das constrições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições (...), procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização, e de valorização teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais (NETTO, 2005, p.131).

O Movimento de Reconceituação impulsionou alterações dentro da profissão, no âmbito profissional tem-se como exemplo a criação das Diretrizes Curriculares do Curso em 1996, a consumação de um novo Código de Ética Profissional em 1993 e ainda a retificação da Lei nº 8.662/93 que Regulamenta Profissão.

Sobre a trajetória dos códigos de ética da profissão vale ressaltar que houveram quatro códigos até que chegasse no atual de 1993. Os três primeiros códigos, que datam do período emergencial da profissão, eram expressão da conjuntura da época, conservadora e tradicional.

Ambos os códigos visualizavam a relação dos problemas sociais com a decadência moral dos indivíduos, tinham uma perspectiva de neutralidade em relação ao Estado e as autoridades a qual não se questionava além de uma visão a - histórica, metafísica e idealista sobre o homem (SILVA, 2015, p.02).

O quarto código de ética foi inaugurado em 1986 e se configura em um documento normativo que fazia referência a afirmação da liberdade, a superação do tradicionalismo e a negação da liberdade ética conservadora. Este arquivo é construído coletivamente por categorias profissionais através do seu órgão representativo.

No geral o CE/86 apresenta uma ação profissional com caráter político de uma intervenção ética, pelo compromisso com a classe trabalhadora, com a realização dos direitos e a mediação para o atendimento das necessidades sociais. O contexto histórico do final dessa década foi favorável para o avanço na história do Serviço Social, pois o Código de Ética estava em meio à reorganização política da classe trabalhadora, dos movimentos sociais e da própria categoria profissional (BARROCO; TERRA, 2012).

O código de ética de 1993 representa um marco na trajetória da profissão, sendo este focado no ponto de vista teórica-crítica diante das classes sociais. Este código diz respeito a conduta, direitos e deveres do profissional trabalhando juntamente com os parâmetros de atuação da profissão.

O principal instrumento normativo da profissão, a Lei de Regulamentação da Profissão - Lei nº 8.662 (BRASIL, 1993), reforça a relação da profissão com os movimentos sociais, ao instituir como uma competência profissional “[...]prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade” (CFESS, 2012, p. 45).

Ao longo de sua trajetória histórica, o Serviço Social fora progredindo processualmente sua relação com o movimento social, na medida em que buscava-

se compreender os fundamentos éticos e políticos que fundamentam a prática profissional do final dos anos 1970 e início dos anos 1980. Diante disso, o Serviço Social passa a colocar-se como uma profissão que incentiva o estímulo da mobilização e a participação dos cidadãos que utilizam os serviços das políticas sociais, tanto na gestão, como na execução do serviço (controle social) e na sociedade como um todo (manifestações, lutas e movimentos sociais).

Tendo em vista, é válido ponderar que trabalhar com os movimentos sociais pode proporcionar uma maior concretude do Projeto Política Ética (PEP) do Serviço Social. As propriedades históricas do PEP são marcadas pela participação política de profissionais em movimentos sociais, na defesa da democracia, que no contexto das ditaduras pós-militares, levou a quebra contra o conservadorismo que predominava na categoria profissional.

Em 1970 a profissão vivenciou também uma crise na profissão, pois ocorre um esgotamento no momento em que há uma expansão do desenvolvimento capitalista nos pós-Segunda Guerra Mundial, e com isso fez com houvesse novas formas de políticas sociais nas décadas subsequentes.

O Serviço Social trabalha com as manifestações da ‘questão social, que resulta de divergência entre o desenvolvimento da sociedade capitalista e das condições de trabalho da classe trabalhadora. As classes sociais em que se dividem as pessoas de acordo seu patamar financeiro faz com que seja possível saber quem é o trabalhador e o burguês, no qual domina o mercado.

Para o marxismo, elas se definem a partir do lugar que os indivíduos ocupam nas relações de produção, mais precisamente pela posição perante os meios de produção (proprietários/não-proprietários). As classes, assim, são entendidas como um componente estrutural da sociedade capitalista e, ao mesmo tempo, como sujeitos coletivos que têm suas formas de consciência e de atuação determinadas pela dinâmica da sociedade (FREDERICO, 2017, p. 1).

Diante disso cria-se uma força maior no qual irá predominar o poder, o Estado media as relações entre o proprietário e não proprietário. O que se diz respeito que a questão social baseia na falta de comprometimento social do Estado com a sociedade.

Há múltiplas, variadas, algumas pouco ou malvista na sociedade. São muitas as Expressões e Manifestações da Questão Social como: (pobreza, desemprego, violência, discriminação de gênero, raça, etnia e orientação sexual, trabalho

precário, dificuldade de acesso à saúde, à educação e ao trabalho, falta de moradia, violação dos direitos das crianças e idosos).

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão (CARVALHO; IAMAMOTO, 2008, p.77).

A concepção de questão social mais difundida no Serviço Social é a de CARVALHO e IAMAMOTO, (1983, p.77):

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão. (CARVALHO; IAMAMOTO, 1983, p. 77).

O objeto do Serviço Social, no Brasil, tem sido demarcado em ações individuais e coletivas de intervenção e mediação, necessitando de análises conjunturais, políticas e socioeconômicas do país, mantendo-se em vista as perspectivas teóricas e ideológicas orientadoras do projeto de intervenção profissional. Portanto:

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem, se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno ‘movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. [...] a questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social (IAMAMOTO, 1997, 14).

Desta forma são as demonstrações de como surgem o resultado, da questão social no cotidiano social. Objetividades, em particular, que sintetizam determinações de prioridade de capital sobre o trabalho, cujo objetivo é acumular capital com isso consequentemente condições de vida inadequadas para toda a população.

O Serviço Social é uma profissão que é eminentemente intervencivo. Isso se relaciona com a ideia de que há uma maior necessidade de uma melhor

compreensão de como os/as assistentes sociais aprendem sobre “questão social” nos processos de trabalho em que participam, bem como sobre como intervêm nos mesmos.

A compreensão de como a questão social é apropriada nos processos de trabalho permite estabelecer uma relação teórico-prática, ou como são articulados e mediados os conhecimentos teórico-metodológicos, técnico-operacionais e teórico-políticos adquiridos no ambiente acadêmico e também de atuação.

CAPÍTULO II

3 SAÚDE COMO POLÍTICA NO BRASIL

Para contextualizar o que se entende como política de saúde no Brasil nos tempos atuais é necessário remeter-se a história na discussão de saúde e doença no Brasil e a quem ela é destinada, a saúde enquanto direito foi negada por muito tempo a população periférica brasileira, pois o atendimento médico por muito tempo foi direcionado às elites, no Brasil colônia, as pessoas ligadas à coroa e no Brasil República à burguesia agrícola.

A entrada do século XX para a política de saúde é um momento de grande transição, o início do século é marcado de diversas epidemias/pandemias de doenças infecciosas no qual afetava o país. E nesse cenário o país não conta com uma política social e universal de atendimento de saúde à população brasileira, o que se disponibilizava, era atendimentos de urgência e Emergência, por meio de filantropia por hospitais de caridade mantidos pelas igrejas e as Santas Casas de Misericórdia, e para a elite agrícola, principalmente cafeeira, os médicos das famílias, que atendiam em domicílios.

Todavia, diante do cenário de contaminação das doenças infecciosas, foram necessárias medidas para o combate das doenças, medica essas extremas, que resultou na formação dos movimentos sanitários, como forma de resistências. Uma das iniciativas foram as “campanhas” que objetivavam limpar os centros urbanos das epidemias existentes, criando a direção Geral de Saúde, Dr. Osvaldo Cruz foi nomeado diretor do instituto Soroterápico de Manguinhos, local que organizou campanhas de saúde pública como militares, dividindo as cidades-estados em distritos, aprisionando e isolando doentes com doenças contagiosos, usando força e obrigação, respeitando as práticas sanitárias da época. Sua ideologia vê a não cooperação como inimigo da saúde pública (FIGUEIREDO; JUNIOR, 2017).

A luta de coletivos e movimentos sociais resistem à década para criar um sistema mais equitativo e universal, em que, requer uma estrutura organizada, participativa e transparente para garantir a existência e a eficiência de um Sistema Único de Saúde por meio do desenvolvimento de programa, projetos e ações públicas estatais, com a formação de profissionais de saúde, governança,

fiscalização, investimento de recursos e fortalecimento do controle social para o engajamento da comunidade.

Os objetivos iniciais na área da saúde, como política social e pública de proteção social, foram prejudicados por diversos fatores, tais como o pouco preparo do setor estatal público em todos os níveis da federação, falta de integração das redes de saúde, dificuldades de interiorização recursos humanos principalmente de médicos, baixos salários, distância dos cursos de graduação da área da saúde do setor público, baixa participação da população no controle social e dificuldades no planejamento da saúde. Outro fator que merece destaque são as mudanças curriculares na área da saúde, que estão intimamente relacionadas ao SUS para minimizar a distância entre a academia e o serviço público de saúde.

Concorda-se com Braga e Paula, (1985; p. 41-42) quando afirma que a Saúde emerge como “questão social” no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado, e a necessidade de mão de obra sem doenças para o desenvolvimento do trabalho necessário para o modo de produção capitalista.

Krüger (2010) apresenta que a saúde é conceituada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, essa visão mais ampliada da saúde é compartilhada por autores do Serviço Social, pois entende-se que, a condição de saúde é influenciada por fatores sociais, econômicos e culturais, ou seja, saúde não é apenas não estar doente. Dallari afirma que:

Ninguém pode, portanto, ser individualmente responsável por sua saúde. Com efeito, o aparecimento de doenças pode estar ligado mais diretamente a características e fatores individuais, embora não deixe de apresentar traços que o liguem à organização social ou política. A maior força dos fatores e características ambientais, econômicas e sociopolíticas fica evidente nas doenças transmissíveis, onde existe uma ameaça à saúde de toda a população e as pessoas individualmente poucos podem fazer para se protegerem, pois ainda que suas condições físicas e psicológicas possam tornar mais fácil ou dificultar seu adoecimento é fácil perceber a predominância da organização social, nacional e global, produzindo doenças. Na realidade, existe um *continuum* na noção de saúde, que tem em um de seus polos as características mais próximas do indivíduo e, no outro, aquelas mais diretamente dependentes da organização sociopolítica e econômica dos Estados (DALLARI, 2008, p. 12).

Sabe-se que doenças e outros agravantes envolvendo a saúde existem há muito tempo, arrisca-se a afirmar que “desde que o mundo é mundo” a saúde de

alguém ou de um coletivo de pessoas está em algum momento acometida por alguma doença ou deficiência que comprometam o estado saudável do corpo e mente dos indivíduos. A saúde contemporânea brasileira é resultada dos seus processos históricos, sociais e econômicos, e desde o processo de colonização no Brasil, desafios são postos e “tratados” a sua maneira, elitista e burguesa, pois:

O povo brasileiro constituía-se de portugueses, outros imigrantes europeus e, principalmente, índios e negros escravos. Cada um desses grupos era detentor de uma cultura própria, costumes e tradições e um conhecimento também próprio acerca das doenças e da forma de tratá-las. Até a chegada da família real, o assistir à saúde era uma prática sem qualquer regulamentação e realizada de acordo com os costumes e conhecimento de cada um desses grupos. A população recorria, em situações de doença, ao que fosse viável financeiramente ou fisicamente. Existia o barbeiro ou prático, um conhecedor de algumas técnicas utilizadas pelos médicos europeus, tais como as sangrias, que atendia à população capaz de remunerá-lo. Existiam os curandeiros e pajés, pertencentes à cultura negra e indígena, mais acessíveis à maioria da população, que se utilizavam das plantas, ervas, rezas e feitiços para tratar os doentes. Havia também os jesuítas, que traziam algum conhecimento da prática médica europeia utilizando-se principalmente da disciplina e do isolamento como técnica para cuidar dos doentes (BAPTISTA, 2007, p. 31).

A própria citação que de Baptista (2007) apresenta, resquícios do conservadorismo, no patriarcado e do colonialismo que ainda é presente na sociedade brasileira, com afirmações preconceituosas referendando a população indígena como “índios”, as práticas religiosas e de cura das populações africanas, que foram escravizadas no Brasil como “feitiços”, mas é importante demonstrar, as raízes conservadoras e preconceituosas que se assentam no Brasil, mesmo no universo acadêmico, e como para as populações indígenas e negras a saúde foi precarizada.

Somente com a chegada da família real no Brasil, que a presença de médicos estava mais presentes em solo brasileiro e a profissão era mais requisitada e houveras incentivos a ampliar e regulamentar a profissão. As ações de saúde para a população eram pautadas em interesses políticos, sociais e econômicos, em que para a população com posses, ou pertencentes a coroa, era possível e para a população indígena e negra escravizada, como era descartáveis a saúde era restrita.

Com a proibição do tráfico de pessoas negras para escravizá-las, os proprietários de terras, se viram com restrições de mão de obra, e começam timidamente a pensar em ações emergências de saúde, tendo como público alvo os trabalhadores, de modo que a produção de riqueza não cessasse. Sobre isso,

Baptista (2007, p. 32) afirma que “[...] A preocupação maior era a saúde da cidade e do produto [...] nesse sentido, algumas campanhas voltadas para os trabalhadores começavam a serem implementadas, mas ainda eram pouco resolutivas [...]”.

Logo, a saúde passou a ocupar um lugar de destaque, pois incidia nos níveis de produtividade econômica, tendo em vista que insalubridade dos portos que afetava a qualidade da exportação, sendo assim, a partir da proclamação da República em 1889, iniciou-se um processo mais organizado de saneamento, tendo como ponto de partida a cidade capital da época.

Cabe destacar que o desenvolvimento do capitalismo no Brasil se assentou em bases da agricultura de exportação e com o avanço do capitalismo industrial, aqui não tem uma ruptura com a produção de produtos primários da indústria e da produção agrícola, por isso o Brasil ainda nos dias de hoje é considerado um país agroindustrial.

E nesse processo do avanço do capitalismo industrial implicou em mudanças significativas para a sociedade, todo o poder sob controle da burguesia, o trabalho livre assalariado, e as contradições do modo de produção, com investimento na efetivação de um exército de reserva de trabalhadores, facilitando a exploração da mão de obra, um Estado enviesado no pensamento liberal, que naturalizava a miséria e considerava as políticas sociais como paliativos, e formas de controle da classe trabalhadora.

As motivações provenientes das concepções liberais pressupunham uma organização social com base no princípio da igualdade [...] Como consequência (sic), a partir da segunda metade do século XVIII, a noção de responsabilidade dos ricos para com os desprovidos de condições materiais de sobrevivência passou a ser rejeitada explicitamente e a ser vista pelos intelectuais formadores de opinião, como escritores, cientistas sociais e filósofos, como uma ‘mentira piedosa’ [...] O novo posicionamento em relação aos excluídos, que desprovia as relações sociais de solidariedade, teve origem, na verdade, nos próprios fundamentos de mercado e de estabelecimento de Estados nacionais que postulavam a existência de uma igualdade abstrata [...] (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p. 5).

Behring (2006) aponta que esse cenário implicou em uma intensificação das manifestações por parte dos trabalhadores, que eram atingidos pelas mais variadas expressões da questão social o que resultava em ausência de condições de vida e de sobrevivência aos trabalhadores e suas famílias, e consequentemente, levou os trabalhadores a se organizarem em torno da busca por direitos e melhorias da condição de vida, e essa organização da classe trabalhadora associada a

acontecimentos como a grande crise de 1929, levaram a uma mudança no papel do Estado.

Os efeitos da industrialização sobre as condições socioeconômicas de existência e de inserção na recém-formada nação, e o contraste destes com as reflexões propiciadas pela ampla difusão das ideias igualitárias geraram contradições de amplitude suficiente para a emergência de movimentos sociais, de origem operária e sindical, em busca da efetivação de uma condição de cidadania que lhes era negada na prática (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p. 5).

Assim percebeu-se que o mercado não era capaz de se autorregular, sem a mínima intervenção do Estado. Com isso, a classe dominante buscou se agarrar as novas teorias e estratégias que colaborassem para a manutenção do capital, o que foi possível com a teoria keynesiana o suporte necessário. E foi na transição do Estado Liberal para o dito Estado Social que surgiram as primeiras formas de políticas sociais.

As iniciativas de proteção social em formas de políticas sociais se deram em um solo com condições históricas bastante específicas, condicionadas pelo próprio movimento de desenvolvimento do capitalismo que a cada passo gerava mais e mais desigualdades, na medida em que, a acumulação acontecia em outro polo. As políticas sociais, portanto, são respostas às mazelas criadas pelo próprio sistema vigente, dentre essas mazelas, o não acesso a saúde, ou melhor, a uma política de saúde, é um dos pontos mais marcante.

No Brasil, os reflexos dessas mudanças rebateram principalmente a partir da década de 1930, período em que o capitalismo se estrutura no país, e assim como nos outros países, causou aqui também um aprofundamento da questão social. Se tratando de saúde, Bravo (2006) analisa a trajetória da política de saúde compreendida no período que a autora divide entre antes e depois da ação estatal. A política social de saúde segundo Fleury e Ouverney.

Ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos. (FLEURY; OUVERNEY, 2012 p.1).

O Estado passa a intervir na política saúde para exercer o papel de conciliador de classes, considerando que a assistência à saúde por parte do Estado, inicialmente, é ligada ao âmbito do trabalho.

Essas são as concepções trazidas para o texto sobre as complexidades de Políticas de Saúde, é um conceito que representa os aspectos externos da política de saúde, ou seja, aqueles que estão mais próximos do senso comum, como colocam.

As intenções de atuação do governo e a orientar o planejamento (...). As políticas visam tornar transparente a ação do governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis. O cerne de uma política é constituído pelo seu propósito, diretrizes e definição de responsabilidades das esferas de governo e dos órgãos envolvidos (BRASIL, 1998: p.7).

Essa mudança na forma de intervir na saúde se deu, sobretudo, pelas transformações do mundo do trabalho, pois com a emergência do trabalho assalariado, a saúde aponta, conforme Bravo (2006), como uma manifestação da questão social, não a saúde em si, mas a ausência de uma política voltada para esse âmbito que atendesse as necessidades da população. Sendo assim de acordo com Fleury e Ouverney (2012) organizar ações políticas voltadas para determinados objetivos. Neste ponto, percebemos que a política de saúde também é um processo composto por uma sequência de decisões sobre como enfrentar um problema que é identificado como prioridade da agenda pública.

Outros autores denominam que:

Entende-se como política de saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e ambiente. Políticas de saúde abrangem questões relativas ao poder em saúde (politics), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (policy) (...) enquanto disciplina académica, apolítica de saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas (PAIM; TERSCINA, 2006, p.71).

Bravo (2009) aponta que prevalecia uma divisão da política de saúde que se organizava em dois setores, o de saúde pública e o de medicina previdenciária, sendo esse primeiro voltado para ações limitadas que tentavam “[...] criar condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo” (BRAVO, 2009, p. 4).

[...] a assistência médico-hospitalar, principal componente do gasto com saúde, estava restrita à população previdenciária, criando uma situação de verdadeira apartheid médico ao segmentar cidadão em pacientes de 1^a (previdenciários urbanos, trabalhadores do setor formal), 2^a (previdenciários

rurais) e 3^a classes (aqueles sem proteção previdenciária, então chamados, “indigentes”) (CONASS, 2011, p. 17-18).

Logo, a saúde no início do século XX era majoritariamente estruturada a partir do sistema previdenciário da época, este baseado na lógica do seguro, com a organização das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's) que fornecia benefícios aos trabalhadores a elas ligados, como acesso a assistência médica-curativa e medicamentos. A partir disso, é possível notar que a saúde não era tratada como uma questão política de direito (BRAVO, 2009).

Ainda na década de 1930, as CAP's foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), devido a decisão do Estado de estender os benefícios da previdência para todo o operariado urbano, se as CAP's eram segmentadas por empresa, os IAP's eram organizados por categoria profissional e conforme Nicz (1982, apud POLIGNANO, 2001, p. 10) “[...] além de servir como importante mecanismo de controle social, os IAP's tinham, até meados da década de 50, papel fundamental no desenvolvimento econômico deste período, como “[...] *instrumento de captação de poupança forçada*”, através de seu regime de capitalização.”

Durante toda a década de 1930 e depois no período do Estado Novo, a área da saúde não era priorizada como deveria, as ações nesse âmbito eram reduzidas ao controle de endemias e ações de aspectos normativos, que não chegavam nem perto de solucionar os problemas sanitários da época. Mesmo no âmbito previdenciário, medidas voltadas para a saúde eram colocadas em segundo plano, a respeito disso, Polignano frisa os seguintes aspectos:

Os técnicos do setor a consideram secundária no sistema previdenciário brasileiro, e os segurados não faziam dela parte importante de suas reivindicações [...] É a partir principalmente da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial, com a consequente aceleração da urbanização, e o assalariamento de parcelas crescente da população, que ocorre maior pressão pela assistência médica via institutos, e viabiliza-se o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiam abertamente a contratação de serviços de terceiros (POLIGNANO, 2001, p. 11).

No primeiro governo de Getúlio Vargas houve a Criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), responsáveis por ações no âmbito da saúde, as ações de cunho preventivo da saúde pública ficavam a cargo do Mesp, enquanto o MTIC era responsável assistência médica individual previdenciária. A saúde se configurava como uma

política extremamente seletiva, até mesmo no interior dos IAP's, pois cada IAP oferecia uma gama diferenciada de benefícios, a depender da categoria de trabalho, pois as que tinham salários maiores, consequentemente conseguiam ter um leque maior de benefícios (BAPTISTA, 2007).

Durante o primeiro governo Vargas (1930-1945), um marco na política social brasileira foi à criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). O cenário político desde os anos 1990 Em 1930, o campo da saúde passou por mudanças, principalmente Mudanças no cenário político. Criações de novas instituições e as reformulações existentes ajudam a fortalecer.

Se no setor previdenciário, o cenário para a saúde não era dos mais favoráveis, o panorama reservado para o setor público era bem mais precário, devido principalmente à escassez de recursos no setor, pois como era não uma prioridade do Estado, o investimento era mínimo, apenas para manter a sobrevivência dos ditos cidadãos. Sobre isso, Baptista afirma que:

Quem não se inseria na medicina previdenciária estava também excluído do direito à assistência à saúde prestada pelos institutos e contava com alguns serviços ofertados pelo Mesp em áreas estratégias (saúde mental, tuberculose, hanseníase e outros), além da caridade e do assistencialismo dos hospitais e de profissionais de saúde. O Mesp promovia também as ações de saúde pública, cuidando do controle e prevenção das doenças transmissíveis (BAPTISTA, 2007, p. 38).

Já na década de 1950, com a intensificação da industrialização do Brasil e o aumento do contingente operário, houve o crescimento da demanda pelos serviços de saúde e logo mais na década de 1960, houve a fusão dos IAP's, formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), tal unificação significou um aumento do volume de recursos financeiros capitalizados no âmbito da previdência, devido ao aumento do número de trabalhadores contribuintes. Contudo, esse cenário impactou em cheio o âmbito da saúde, pois o sistema médico previdenciário tornara-se insuficiente para atender todos os beneficiários, sendo assim, “[...] o governo [...] tinha que decidir onde alocar os recursos públicos [...] tendo ao final optado por direcioná-los para a iniciativa privada, com o objetivo de cooptar o apoio de setores importantes e influentes [...]”. (POLIGNANO, 2001, p. 15)

A instauração do regime ditatorial em 1964 veio acompanhada da inauguração de um cenário de predomínio dos monopólios e do capital financeiro, pois o país buscou se adequar ao sistema capitalista, em seu atual modelo globalizado, passando a incentivar massivamente o mercado. Nesse período, o

Estado passa a priorizar a saúde curativa no lugar da pública, implicando na medicalização da vida social, e para impulsionar a reprodução de capital buscou alavancar o subsetor de serviços, como os de plano de saúde, posteriormente o de medicamentos e equipamentos. Deu-se, nesse contexto, uma ampliação da saúde, mas através da compra de serviços do setor privado (CISLAGHI, 2019).

[...] foi implantado no país, nessa conjuntura, o modelo de privilegiamento do produtor privado com as seguintes características:

Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 73, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;

Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos; Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços; Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1986:207, apud BRAVO, 2006, p. 7).

Ademais, conforme Cislaghi (2019), até a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a prestação de serviços de saúde se dava por meio de três subsistemas. O próprio, que cobria majoritariamente os serviços ambulatoriais e uma pequena porcentagem de serviços de internação, ficando a cargo do Estado a garantia dos procedimentos mais caros e complexos, havia o subsistema contratado que se tratava da rede de serviços privados que eram remunerados por Unidade de Serviço (US), ou seja, ganhavam com base na quantidade e complexidade de cada internação/tratamento, todavia, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) pagava quase que totalmente as internações realizadas, demonstrando a centralidade do fundo público no crescimento dos serviços de saúde; havia ainda o subsistema conveniado, pelo qual o INPS subsidiava serviços para que as empresas arcassem com a atenção médica de seus empregados.

Dentre os anos de 1967 e 1977 surgiu uma alta demanda da sociedade para que usem a assistência medica com todo esse aumento o SINPAS (Sistema Nacional de Previdência Social), fez com que seus fortalecimentos e efetivasse.

A partir de meados da década de 1970 surge um movimento contra hegemônico, que se colocava a favor do fim da ditadura e em defesa de uma reforma da política de saúde, se consolidando como o Movimento de Reforma Sanitária, que juntamente com setores descamadas populares, nutriram o processo que culminou na Constituinte e posteriormente na Constituição de 1988, que apresentava novos paradigmas para a saúde.

Porém o que é visto é uma restrição seletiva dessa política para a sociedade. Sendo assim, apenas os assalariados teriam direito à saúde, enquanto outros, dependendo de caridade de lugares de e entidades de caridades, de pessoas religiosas. Por muito tempo essa realidade foi prolongada até a fundação do SUS, princípio defendido pelo movimento da reforma sanitária. Assim, alguns aspectos da sociedade brasileira mostraram como se estabelecem um Sistema Único de Saúde, que se conjuga com a Carta Magna e as leis 8.080/90 e 8.142/90. A posteriori, faz-se referência às políticas de saúde e ao sofrimento em curso provocado pelo progresso neoliberal.

Entende-se que todas essas medidas visam ao estímulo ao seguro privado de saúde, ficando o Sistema Único de Saúde (SUS) restrito aos pobres, por meio de ações mínimas e programas focalizados, havendo outro sistema para os consumidores (CFESS, p.21).

Com todos esses aspectos a Saúde no Brasil passa por um complicado conflito no qual se alastrou com o decorrer do tempo que ficou conhecida como a crise econômica e um processo de redemocratização (Bravo 20021, pag.8-9) caracteriza como:

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2001, p. 8 - 9).

O campo da saúde é pioneiro nesse processo porque a organização da Reforma desde o final da década de 1970 reunindo movimentos sociais, intelectuais e partidos, para lutar opondo-se à ditadura e transformando o Modelo 1 de "saúde privada" em sistemas nacionais de saúde, universais, públicos, participativos, descentralizados e de alta qualidade

Na constituição de 1988 dá-reinício obrigatoriedade do acesso a política de saúde de acordo com intuito de que todos tenham esse direito. A constituição Federal de 1988;

O direito à saúde foi inserido na Constituição Federal de 1988 no título destinado à ordem social, que tem como objetivo o bem-estar e a justiça social. Nessa perspectiva, a Constituição Federal de 1988, no seu Art. 6º, estabelece como direitos sociais fundamentais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância. Em seguida, no Art. 196, a Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Dentre os direitos sociais, o direito à saúde foi eleito pelo constituinte como de peculiar importância [2]. A forma como foi tratada, em capítulo próprio, demonstra o cuidado que se teve com esse bem jurídico. Com efeito, o direito à saúde, por estar intimamente atrelado ao direito à vida, manifesta a proteção constitucional à dignidade da pessoa humana [...] (MOURA, p.1, 2013.).

A partir da lei Eloy Chaves que trouxe mudança em que as empresas deveriam ter arrecadado Caixas de Aposentadorias e Pensões, para cada funcionário e as pessoas que dependiam dos mesmos. As caixas eram indicadas caso houvesse alguma doença ou velhice. As necessidades dessas caixas serviam caso necessários um afastamento, com isso lhes eram permitidos para que tivesse acesso à assistência médica. Ainda assim (LEITE, 1978) ressalta que:

Paralelamente à fusão das Caixas, que além da dificuldade apontada, a bem dizer se restringiam à cobertura dos empregados das empresas concessionárias de serviços públicos, deixando à margem portanto o grosso dos trabalhadores, começaram a ser criados, para extensão da Providência Social aos demais setores, Institutos de Aposentadorias e Pensões destinados aos trabalhadores da mesma categoria profissional: comerciários, bancários e industriais etc. (LEITE, 1978, p.105).

Assim por dizer em 1980 a sociedade não possuía influencia sob os movimentos, mesmo com lutas já traçadas e conquistadas anteriormente contra a ditadura. Diante disso houve lutas que marcaram assim como a transição do regime autocrático para a espaço democrático.

A saúde uma das áreas hoje, no qual existem aproximadamente 5.537 conselhos de saúde cobrindo quase todas os Municípios brasileiros (5.560) envolvendo cerca de 87.212 parlamentares (798 estados 86.414 municípios), o novo ente político do Sistema Único de Saúde - SUS.

As conferências nacionais de saúde tiveram grande impacto nas mudanças ocasionadas na de década de 1980. Em 1986 tivera a 8º Conferência Nacional de Saúde, no qual houveram várias discussões e conquistas a respeito do assunto. O Estado teve sua fundamental participação nessa conferência colocando uma ação fundamentalmente normatizadora e para isso facilitar o acesso as políticas sociais.

O fim da ditadura militar, no Brasil, inaugurou um processo de transição à democracia, esse processo possibilitou a manifestação de vários atores sociopolíticos, novos e antigos (que se encontravam calados pela ditadura), causando uma grande efervescência política e social. Dentre esses atores estava o movimento em prol da saúde, na verdade, em prol da reformulação da política de saúde, rumo a uma universalização da mesma, o Movimento Sanitário, como ficou conhecido, foi o principal responsável pela proposta da Reforma Sanitária.

[...] o autodenominado Movimento Sanitário. Tratava-se de um grupo restrito de intelectuais, médicos lideranças políticas do setor saúde provenientes em sua maioria do Partido Comunista Brasileiro (PCB). Este exerceu papel destacado de oposição ao regime militar, assim como trajetória política própria na área da saúde (GERSCHMAN, 2004, p. 53).

A perspectiva crítica ao pensar sobre a saúde, defendida pelo Movimento Sanitário, ganhou bastante impulso após se vincular ao âmbito da universidade, por meio dos departamentos de medicina preventiva. Esse impulso foi responsável pela

O que a política de saúde do Brasil caracterizou-se com resultado do movimento da reforma sanitária e da implantação do SUS em 1990, Centralização onde a ação vertical é problematizada Intervenção federal, intervenção do setor privado na assistência médica hospitalar e separação entre saúde e assistência pública médico hospitalar. “[...] uma estrutura centralizada e hierárquica com intuito de estabelecer mecanismo para normalizar e controlar a execução das atividades de saúde em todo o país” (LIMA et al, 2005, p. 43).

Há um conjunto de Políticas de Seguridade Social, no qual partem da estrutura capitalista em que se formam a partir das relações contraditórias de políticas diante disso as políticas sociais que se integram a partir das lutas e intervenções da classe trabalhadora, a partir disso as lutas em volta desse assunto

causam uma contradição que em consequências podem gerar demandas e limitando mesmo que por parcela gerando a economia política capitalista. As políticas sociais fazem com que a população tenha acesso com oportunidades para melhorar a vida na sociedade para viver de forma inalterada no capitalismo já que a sociedade não consegue remodelar o capitalismo.

A política de saúde, educação, habitação, trabalho, assistência, previdência, recreação e nutrição são objeto de luta entre diferentes forças sociais, em cada conjuntura, não constituindo, pois, o resultado mecânico da acumulação nem manifestação exclusiva do poder das classes dominantes ou do Estado. Essas políticas não caem do céu, nem são um presente ou outorga do bloco do poder. Elas são ganhas conquistados em duras lutas e resultados de processos complexos de relação de forças (FALEIROS, 2006, p. 62).

A política de saúde desenvolvida pela sociedade brasileira é universal de acordo a constituição federal.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, art.196, p. 01).

A Saúde pública passa por inúmeras mudanças, sendo ainda uma das políticas que passam por várias lutas significativas, no qual, tem uma representatividade nos conselhos de Serviço Social. saúde pública, gratuita, universal e de qualidade é pauta histórica de luta dos/as assistentes sociais brasileiros/as, que reconhecem a saúde como parte da seguridade social, como um campo de luta e de formação de consciências críticas em relação à desigualdade social no Brasil e de organização dos trabalhadores e das trabalhadoras

Em uma política de saúde, em que, os direitos são garantidos universalmente, tal acesso obviamente restrito. A política de saúde tem grande importância pois ela manipula as configurações da qualidade de vida da população usuária, não se limita somente a isso, faz outros aspectos complexos que determinam a forma da disseminação dessas políticas.

O importante a colocar que a política de saúde como política social tem sua relação com Estado, mercado e sociedade.

Considerando o contexto apresentados, destacamos que a seguridade social, em especial, passa a sofrer mudanças, o contexto sociopolítico aponta uma expansão da política de assistência social nos últimos anos, ao passo que as políticas de saúde e previdência passam a ser cada vez mais mercantilizadas, nesse sentido, temos um grande incentivo do Estado e do

mercado para a adesão da previdência complementar privada e de planos de saúde, o que acaba fazendo com que o Estado se sinta menos pressionado para prover essas políticas. Assim, a política de assistência passa a ser direcionada tão somente para aqueles que não podem custear os serviços e que estão fora do mercado de trabalho, e a previdência e a saúde passam a ser destinada para aqueles que podem pagar por elas. Há, assim, uma exclusão em massa da classe trabalhadora do tripé que constitui a segurança social e a desarticulação entre essas políticas (BEHRING,2008).

Para Mesários (2009) e outros analistas, esta é uma crise estrutural, expansionista, destrutiva e, no limite, incontrolável. E quanto mais aumenta a competitividade e concorrência intercapitalista, mais nefastas são suas consequências, das quais se destacam: a destruição e/ou precarização da força humana que trabalha e a degradação crescente do meio ambiente, na relação metabólica entre homem, tecnologia e natureza, subordinadas aos parâmetros do capital e do sistema produtor de mercadorias.

As políticas de proteção social compõem um grupo que agem na necessidade da sociedade, ou seja, educação, previdência social e saúde. As políticas sociais fazem com que simultânea e dialeticamente façam sua representatividade nas lutas dos movimentos sociais e da classe trabalhadora, em decorrência da luta de classes pressões e mobilizações que buscam o melhor para a sociedade mesmo com algumas limitações.

No entanto, a proteção social não é uma tarefa fácil. Historicamente, as políticas públicas organizadas por setor têm se mostrado insuficientes para focalizar os indivíduos a partir de uma perspectiva de impacto social. Grupos socialmente desfavorecidos.

O desenvolvimento das políticas sociais também se mostrou fragmentado, muitas vezes com sobreposição de ações e, portanto, parcial na implementação de suas recomendações de cobertura. Essa vulnerabilidade pode ser decorrente da falta ou falta de renda, desemprego, trabalho informal, doença etc., dificuldade de acesso aos serviços de diferentes políticas públicas e vínculos rompidos ou fragilizados de pertencimento a grupos sociais e familiares.

Esta vulnerabilidade pode ser devido a deficiências ou falta de renda, desemprego, trabalho informal, doença, etc., de difícil obtenção rompimento ou enfraquecimento de diferentes serviços de políticas públicas, relacionamentos pertencer a grupos sociais e familiares.

Na política de saúde, as fundações e as Organizações Sociais (OS) vêm se generalizando como modelo de gestão do trabalho e de prestação dos serviços, apesar do forte movimento de resistência dos trabalhadores e das organizações da área.

CAPÍTULO III

4 ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) faz inúmeras produções sobre os aspectos da saúde, buscando ainda renovar e ressaltar sobre o assunto, é de suma importância visitar essas produções para saber qual atualização do Serviço Social dentro da política de Saúde.

A política de saúde que é algo universal e de direitos a todos, independentemente de cor, etnia, gênero no que diz respeito a demanda da população usuária. O conjunto CFESS/CRESS como uma das entidades representativas do Serviço Social, profissão que atua na área diretamente na política de saúde visando a garantia dos direitos, põe-se a lutar por uma saúde gratuita e de qualidade.

O conjunto CFESS/CRESS como entidades representativas e reguladoras do Serviço Social impulsiona inúmeras campanhas a favor da atuação do Assistente Social, cujo espaço sócio ocupacional é a saúde, assim também mostrando de forma elucidativa, colocando em lócus a real situação da saúde, e como o Assistente Social atua diante desse cenário.

É preciso enfrentar os desafios de ampliação e melhoria do acesso à atenção básica pública e estatal, por meio da coordenação do cuidado e integração com outros serviços, da fixação de profissionais nos territórios, da superação do subfinanciamento, entre outros (CFESS, 2019, p. 2).

O conjunto CFESS/CRESS faz uma ressalva intransigente sobre a defesa da política de saúde, pois o que se diz respeito a mesma tem a inserção do SUS que está sob constante ameaça de privatização e é de suma importância que o Assistente Social tenha essa inserção pois como profissional que atua nas expressões e manifestações da Questão Social e consequentemente luta para manter e melhorar a qualidade de vida dos usuários das políticas públicas assim como a saúde.

A inserção e a participação do CFESS nas lutas sociais, na defesa das políticas sociais e da saúde pública são passos fundamentais para o fortalecimento da profissão e para a efetivação de sua função precípua de orientação e fiscalização profissional. A intensificação das ações em defesa do SUS e das condições de trabalho dos/as assistentes sociais [...] (CFESS, 2019, p. 2).

O conjunto CFESS/CRESS, portanto, dá continuidade nos processos de defesas do Assistente Social que atua na saúde fazendo com que, através de conferências e demais formas, lutam por melhorias nos direitos e deveres do assistente social que atua na saúde, e assim por dizer no SUS e para que isso ocorra é de suma importância um empenho.

A Reforma Sanitária foi um movimento coletivo com o intuito de lutar contra as premissas repressoras nos serviços de saúde na ditadura militar no início da década de 1970. A intencionalidade era se referir as ideias que consistiam em relacionar os acontecimentos do momento na área da saúde. Fora muitas mudanças no qual afetou todo o setor da saúde.

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

Ainda assim, pode salientar que houve um envolvimento para com a saúde pública e mantém que:

Na perspectiva gramsciana, os intelectuais têm um papel fundamental na contra hegemonia da saúde na defesa da democracia e da cidadania. Dessa forma, o movimento sanitário foi extremamente importante para orientar as lutas no campo da Saúde a favor das classes trabalhadoras (BRASIL, 2007, p.11).

Diante isso mostrar o papel do assistente social em marco importante em que a política de Saúde passa a ser espaço de conquista profissional, em que o Assistente Social se faz necessário e presente para o desenvolvimento da política.

Processo de trabalho do Assistente Social é extenso e com muitas mudanças e apropriações para a profissão, a importância de conhecer todos os enfrentamentos da profissão seja ela em qual a for política trabalhada. O Assistente Social está presente em muitas das políticas sociais oferecidas pelo o Estado.

O assistente social atua de forma embasada diante a lei para trabalhar com a população usuária, mas vale ressaltar o trabalho do assistente social em seu contexto técnico atuando com demais profissões e com os colegas de profissões.

O campo da política de saúde abrange a profissão de serviço social, oferecendo campos de atuação para que o assistente social, desenvolva seu fazer

profissional, na perspectiva de garantia de direitos para a população usuária. A uma necessidade da disfunção da atuação do assistente social no campo da saúde, e de extrema relevância que o profissional possa valorizar as ações demandadas nesse campo:'

[...] um mercado não se estrutura para o agente profissional mediante as transformações ocorrentes no interior do seu referencial ou no marco de sua prática; antes, estas transformações expressam exatamente a estruturação do mercado de trabalho", posto que uma profissão não "se constitui para criar um dado espaço na rede sócio-ocupacional, mas é a existência deste espaço que leva à constituição profissional (JOSÉ PAULONETO, 1992; p. 68).

O fazer profissional determina que se tenha uma qualidade em oferecer serviços para a população usuária, sendo assim a ação profissional é sobre ter aspectos em que se ponham em importante fortalecimento do projeto ético político da profissão com isso não dever haver desfoque respeitando as premissas da profissão no principal objetivo do ideário do serviço social.

[...] a revelação de que "ao longo de toda a evolução do Serviço Social profissional, a tensão entre os 'valores da profissão e os papéis que objetivamente lhes foram alocados resultou numa hipertrofia dos primeiros na autorrepresentação profissional, resultou num voluntarismo que, sob formas distintas, é sempre flagrante no discurso profissional (NETTO 1992, p.68).

O/A assistente social dentro da suas atribuições e deveres da profissão deve atender as suas demandas importantes ainda que não haja no meio disso tudo uma mudança no foco do trabalho para que possa fortalecer seu objeto de estudo e não deixar de saber o que fazer no campo em que está atuando, pois ao trabalhar na área da saúde o profissional pode ser misturado e ainda sim haver um mínimo que seja de mudanças no seu modo de atuação, então é importante a formação de um bom profissional para com atuação do mesmo.

No ideal do serviço social, termos objetivos que parecem ignorar o desenvolvimento profissional no contexto da prestação de serviços de saúde. Nesse caso, as condições objetivas referem-se à subordinação da prática relacionada às atividades principais da organização de saúde e à subordinação inerente à condição de trabalhador.

Como os/as assistentes sociais estarão trabalhando em conjunto com outras áreas da política social, deve haver controle sobre as atividades, a necessidade de

trabalhar com outros profissionais e, portanto, conflitos múltiplos. A importância de ter controle para não "misturar" o trabalho profissional.

A especificidade de cada profissional em sua área de atuação deve ser levada em consideração, contudo, não como forma de barrar a construção do trabalho coletivo na prevenção, cuidado e efetivação da saúde pública. Com base nesse argumento, entendemos que a compreensão da particularidade discussão sobre a natureza e variedade de formas de atividade profissional. Incorporar a profissão nas práticas desenvolvidas pelas organizações de saúde. Já questões de obediência e controle implicam em ver as atividades dos profissionais como trabalhadores, que vendem sua força de trabalho e que atendem às regras mais gerais de elegibilidade para trabalho remunerado.

Na sociedade capitalista a rigor, "[...] o exercício do trabalho do assistente social ao se vincular à realidade como especialização do trabalho, sofre um processo de organização de suas atividades" (ABESS, 1996:24). Laurell (1989:19), refletir sobre o processo de trabalho em saúde implica, no mínimo, em apreender as dimensões tecnológicas, organizacional e política daquela prática social. Isto requer pensar a saúde como uma política social pública que se materializa como um serviço cujo conteúdo, finalidade e processos de trabalho, merecem conceituações de natureza teórica e histórica.

Ressalta-se que, nos serviços de saúde, a inserção do assistente social no conjunto das correntes de trabalho destinadas ao atendimento da população é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades pautadas em definições e redefinições históricas. Condições de Desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil.

Na realidade, embora a atual organização do sistema de saúde tenha atendido a algumas das exigências históricas do movimento sanitário, como a universalização, a descentralização, a inclusão de mecanismos de controle social e de participação social comunitária etc., ainda não superou algumas das contradições existentes, incluindo necessidades/rejeições repressivas, instabilidade de recursos, questões de quantidade e qualidade do cuidado, burocratização e ênfase no cuidado.

Vale ressaltar que os entraves que permeia entre a profissão pode causar algumas dificuldades no fazer do assistente social, o trabalho prestado pelos assistentes sociais não se desenvolve independentemente da sociedade

Na verdade, a história e as circunstâncias sociais o ditam. Inserção em diferentes fluxos de trabalho, profunda e profunda um olhar especial e aprofundado sobre as formas como as agências de empregos sociais e sociais brasileiras foram cortadas e segmentadas das reais necessidades dos seres sociais, e a partir desse processo como eles organizam seus objetivos institucionais intervir nessas necessidades.

Este profissional desempenha um papel muito importante na análise e discussão da situação social dos indivíduos e das comunidades, sempre em cooperação com outros profissionais, com o objetivo de salvaguardar os direitos das pessoas e o acesso aos serviços de saúde.

Assistente social que atua no campo da saúde pode oferecer seus trabalhos mesmo que ainda sejam de formação a outros dentro do campo da saúde. Os assistentes sociais nele inseridos prestam atendimentos aos usuários e suas famílias que buscam atendimento em diferentes setores, supervisionam estagiários, prestam preceptoria aos residentes multiprofissionais em saúde e também participando de diversas pesquisas, projetos e programas nesse ambiente(Mioto& Nogueira, 2006).

O debate sobre a atuação do assistente social na área da saúde. Ocorrem às inovações constitucionais relacionadas à saúde no Brasil, intensificadas a partir dos anos 2000, contribuindo para a ampliação das exigências de atuação profissional e da própria profissão, ao responder ativamente às exigências decorrentes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando o campo das ciências sociais da saúde Visibilidade profissional. Até agora, o comportamento profissional estabelecido sob o modelo da hegemonia médica foi redefinido e reconstruído com base no modelo constitucional estabelecido pela reforma médica.

Vale ressaltar que o Serviço Social está compondo novas bancas em novos espaços de atuação, assim como no campo de atuação assim como na saúde podem haver produções de autores que historiaram no serviço social de certa forma, produção no campo da saúde pode fortalecer o serviço social fazendo com que seu reconhecimento e fortalecer seu projeto ético- político da profissão. Autores como Maria Inês Bravo, Ana Maria de Vasconcelos, Maurílio Matos, Maria Valéria Correia,

Regina Célia Mioto, Vera Maria Nogueira, Dalva Horálio, Jussara Mendes, entre outros. Fizeram suas contribuições históricas ao mencionar suas criações

sobre a área da saúde no período de 1990 entre 2000 e aprofundaram as discussões sobre o aspecto do SUS.

O conjunto CFESS/CRESS faz participações com suas inúmeras produções para o fortalecimento da saúde, tais como os Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde, o intuito desse documento consiste em apresentar as demandas e mostrar a relação do Projeto Ético-Político do serviço social com a Reforma Sanitária e com o SUS.

Ainda dentro do campo do Serviço Social e as produções Kruger (2010) afirma que:

As linhas de pesquisa das pós-graduações em Serviço Social que tratam das políticas sociais estão contribuindo para adensar este debate do campo de saúde, tanto no âmbito da política de saúde propriamente (a tensão entre o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista), como apontando novos espaços de atuação técnico e político (promoção de saúde e conselhos de saúde) e indicando possibilidades de requalificação das ações a partir das demandas tradicionais da saúde (atenção básica, plantões de hospitais, ações em equipes multiprofissionais). Outro indicador deste adensamento do debate e da atuação profissional neste espaço sócio-ocupacional tem sido a participação do Serviço Social nos programas de indução do Ministério da Saúde para formar profissionais com perfil para atuar no SUS entre eles as residências em área da saúde, as residências multiprofissionais em Saúde da Família, o Pró-Saúde e o PET Saúde (KRUGER 2010, p. 130).

Temas aqui apresentados como potenciais espaços de intervenções profissionais que visam fortalecer o projeto ético-político da profissão e os princípios do SUS não esgotam nossas possibilidades de intervenção na área da saúde. E essas opções visam superar as intervenções que historicamente desempenhou um papel no alívio das tensões, satisfazendo aqueles que ainda com dor, sem cuidados e sem remédios. Ou seja, a implementação de intervenções que são permeados e orientados pelo conceito de direito social, que vai além da prática consultoria, satisfação e harmonização e um especialista reconhecido como um acolhimento que organiza o trabalho em equipe e divide as tarefas.

4.1 Produções do conjunto CFESS/CRESS sobre Serviço Social e saúde

Quadro 1: Apresenta as produções do Conjunto CFESS/CRESS

Produções	Link
Parâmetros para Atuação de Assistente Sociais na Política de Saúde	http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf
Residência em Saúde e Serviço Social (CFESS,2017).	https://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-BrochuraResidenciaSaude.pdf
O significado sócio-histórico da profissão. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília-DF: CFESS/ABEPSS, 2009.	https://www.cressrn.org.br/files/arquivos/3D6F81pn1Nsm7lhGdgh1.pdf
Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.	https://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ZxJ9du2bNS66joo4oU0ypdf

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

As produções do CFESS objeto de análise para produção deste trabalho permearam e deram base para o conteúdo do mesmo, e foram importantes para todo o contexto da pesquisa. Os “Parâmetros para Atuação de Assistente Sociais na Política de Saúde” tem como objetivo identificar o significado que os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde representam para o exercício profissional no âmbito hospitalar. Este documento de subsídio para atuação do serviço social na saúde, se observa a necessidade de refletir em que a medida representa adensamento teórico- metodológico, político e operativo para o exercício profissional. com ênfase no eixo de atendimento direto aos usuários e o

reconhecimento de práticas vinculadas essencialmente às demandas sócio assistenciais e emergenciais. Em grande medida, ficou ausente nos grupos focais a referência política do documento em relação aos fundamentos do projeto ético político do serviço social e do Sistema Único de Saúde.

O conjunto CFESS/CRESS apresentou produções que colaboraram com o arcabouço desse trabalho, vale ressaltar que o grupo CFESS/CRESS colabora constantemente com produções para inúmeras monografias, dissertações e teses, sendo fonte de orientação e pesquisa para o exercício profissional.

Compreender a atuação profissional do Serviço Social na área da saúde exige se debruçar sobre o aparato normativo e legislativo que orienta e regula o exercício do assistente social em todo o território nacional, além de compreender as dimensões: teórico-metodológica⁶, ética-política⁷ e técnico-operativa⁸, permitindo identificar se na prática ele se coaduna aos princípios do Projeto Ético Político ou não.

Pode-se dizer que o estatuto dos serviços sociais neste domínio adquiriu um novo significado, pois as atuações sobre o Serviço Social na área da política de Saúde em específico é que há toda uma conformidade para atuar de acordo com suas atribuições e competências dentro do Código de Ética da profissão, e Lei de Regulamentação da Profissão, e ainda com as Diretrizes Curriculares sendo assim fazendo o comprimento do mesmo dentro de tudo que permeia a profissão baseados nesses documentos e o que eles oferecem para fundamentar a atuação do Assistente Social.

O/A Assistente social está inserido entre várias áreas dentro do campo da saúde sendo assim irá ampliar seu currículo de atuação. Essa inserção apresenta a realidade desses profissionais e os desafios que enfrentam na busca diária pela garantia dos direitos dos usuários da política de saúde. Nesse sentido, compreendem como se desenvolvem as práticas cotidianas e em que medida os

⁶A dimensão teórico-metodológica nos capacita para operar a passagem das características singulares de uma situação que se manifesta no cotidiano profissional do assistente social para uma interpretação à luz da universalidade da teoria e o retorno a elas.

⁷A dimensão ético-política orienta a prática profissional do Serviço Social. Ancorada no projeto ético-político profissional, ela agrega um conjunto de valores e objetivos ideológicos e políticos, como a superação do capitalismo, fim de todas as formas de discriminação, respeito à diversidade, compromisso com as classes subalternas, laicismo etc.

⁸A dimensão técnico-operativa diz respeito aos elementos técnicos e instrumentais do Serviço Social. Assim, congrega a ação profissional do Serviço Social nos diversos espaços sócio-ocupacionais no qual a (o) assistente social está inserida (o). (Portal do Serviço Social, 2024).

efeitos da atividade interferem nas relações sociais dos assistentes sociais representa um aspecto que precisa ser analisado.

O exercício profissional, expressão material e concreta do processo de trabalho do assistente social, explicita a dimensão política da profissão e o reconhecimento da condição de sujeitos de direitos daqueles com os quais atua, tendo por fim último a sua emancipação social (MARTINELLI, 2011, p. 498).

Os desafios são enormes, mas o inquérito propõe-se a desvendar a realidade atual com o intuito de talvez contribuir para um maior reconhecimento do papel desempenhado pelo assistente social no seu esforço para aliviar o sofrimento dos reclamantes. Ao fazer essa dissociação ao saber as atuações você coloca em ênfase o paciente/usuário. (ANACLETO; CECCHETTO; RIEGEL, 2020; LOPES et al., 2015; MOREIRA et al., 2015; MOREIRA et al., 2021). Ainda na perspectiva de Moreira et al. (2015, p. 3232) consideram que

O conceito de humanização é polissêmico, engloba inúmeros enunciados e é permeado por imprecisões. Entretanto, as formas de perceber ou entender humanização não se dissociam de suas práticas. A humanização pode ser compreendida como um vínculo entre profissionais e usuários, alicerçado em ações guiadas pela compreensão e pela valorização dos sujeitos, reflexo de uma atitude ética e humana. (MOREIRA et al., 2015; MOREIRA et al., 2021, p. 3232).

A atuação profissional age no seio da saúde até mesmo nas áreas que atuam indiretamente na saúde, os campos são amplos assim como em hospitais a atuação se dá por meio de setores Oncologia; Unidade de Tratamento Intensivo-UTI (Adulto e pediátrico); Pronto Socorro e gestão entre outras áreas ainda como uma extensão dos hospitais é possível haver ação também em Unidade de Pronto Atendimento, UPA. Entre outras áreas de atuação o assistente social atua também Núcleo de Apoio a Saúde da Família. As primeiras resoluções adotadas para o tratamento do câncer no Brasil datam do início século XX, enquanto os países desenvolvidos já começaram a notá-lo e a reconhecer o câncer como um problema de saúde pública e tomou medidas para que fosse controlado, representando prevenção e tratamento. No Brasil, eles ainda lutavam contra doenças endêmicas que eram o foco da política de saúde.

Barreto (2005) ressalta que.

A necessidade de ampliar as ações na luta contra o câncer levou à criação, em 1941, do Serviço Nacional de Câncer (SNC), cujos objetivos eram organizar, orientar e controlar a doença no País. No mesmo período, até 1946, diversos movimentos sociais originaram a Liga Bahiana Contra o

Câncer e a Associação Paulista de Combate ao Câncer, que organizaram e desenvolveram atividades de grande relevância para a assistência aos portadores de neoplasias. Em 1947, a Liga Paranaense Contra o Câncer teve papel de destaque nesse processo e, junto a outras campanhas, também obteve recursos financeiros. Posteriormente, a Associação Paulista de Combate ao Câncer investiu 46 considerável montante na construção, em São Paulo, do Instituto Central, inaugurado em 1953, atual Hospital "Antônio Cândido Camargo".

- Na década de 1950, a atenção governamental enfocou a modernização dos cuidados médico-sanitários e o uso de medicamentos e equipamentos hospitalares em toda área de saúde. Como consequência, houve o crescimento da indústria químico-farmacêutica e modificações de grande relevância na política de saúde, em especial as do câncer, em consequência da complexidade do seu diagnóstico e tratamento.

- Nos anos 1960 surgiram alguns movimentos políticos que apontavam para o início de um processo objetivando estabelecer o conceito público de bem-estar social no País, mas o golpe militar de 1964, com a edição do Ato Institucional nº 5, no mesmo ano, interrompeu este projeto, culminando por favorecer a instalação e o crescimento das empresas privadas na área da saúde, sem o devido controle por parte das autoridades governamentais militares no poder; fato que contribuiu para a ocorrência de irregularidades na rede privada, cujos hospitais e clínicas recebiam financiamento da Previdência Social e mantinham ênfase na medicina curativa.

- No bojo dos acontecimentos, e visando dinamizar as atividades de cunho oncológico, o Serviço Nacional de Câncer decidiu institucionalizar a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC), o que se efetivou em 1967. A CNCC teve como objetivos básicos intensificar e coordenar, no território brasileiro, as atividades desenvolvidas por instituições públicas e privadas, atuando nas áreas de prevenção, diagnóstico, assistência médica, formação de técnicos especializados, ação social, reabilitação e pesquisas relacionadas com a neoplasia. Procurava-se, assim, reduzir a incidência e o índice de mortalidade por câncer. Todavia, apesar da amplitude e importância do programa, e da ênfase dada à questão, os resultados desta batalha foram significativamente reduzidos pela falta de recursos financeiros

- Em 1975, o convênio firmado entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o MS teve como fruto a proposta, no âmbito da Previdência, da criação de um Programa de Controle ao Câncer (PCC), universalizando os procedimentos relacionados à doença e instituindo Comissões de Oncologia em nível local, regional e nacional, com vistas a integrar as ações de controle do câncer.

- A acentuada situação de crise financeira na Previdência Social acabou por conduzir a uma nova tentativa de racionalizar a assistência no setor saúde, levada a efeito pela criação, em setembro de 1981, do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), através do Decreto nº 86.329, priorizando as ações 47 primárias, com enfoque na assistência ambulatorial e na integração das instituições federais, estaduais e municipais com vistas a um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde, constituindo-se nas Ações Integradas de Saúde (AIS) (BARRETO, 2005, P)

A Constituição foi promulgada em 1988, pouco depois ao longo dos anos, o SUS foi institucionalizado como uma política para as políticas públicas. Implementação interna de políticas neoliberais. As tensões ainda perduram hoje, considerando que o objetivo da política de ajuste fiscal é minimizar a participação do Estado na economia reduzir os gastos públicos, portanto, está diretamente relacionado à demolição da política de saúde, está subfinanciada no tratamento do

câncer, a fiscalização efetiva naquele momento não se adequava ao princípio da boa-fé defendido pela associação SUS, considerando que apenas o hospital responsável pelo tratamento habilidades.

Assim, pode-se dizer que, com base nos progressos alcançados, o problema Momentos-chave entre 1940 e 1990, como a lógica da privatização, a centralização dos hospitais médicos e a expansão da medicina liberal, especialmente após o golpe militar de 1964, não propício à organização do sistema de saúde de maneira satisfatória para um controle eficaz do Câncer no Brasil.

Com a chegada do século 21, o INCA, se forma como responsável pelo desenvolvimento das atividades controle do câncer mais regional, mas nacional, que está se tornando referência no Brasil prestação de serviços e terapia tumoral no sistema único de saúde - SUS.

Somente por meio da Portaria GM/MS nº. 2.439, de 2005, que se instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), a percepção da integralidade da assistência e qualificação da rede de atenção à pessoa com câncer foi melhor explicitada nas normativas do SUS, incluindo em seu conjunto de ações – além do diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos – a promoção e a prevenção, buscando, dessa forma, superar as fragmentações das ações e garantir maior integralidade na assistência. A PNAO descreveu a necessidade de garantir o cuidado integral do usuário por intermédio de mecanismos de referência e contrarreferência que permitissem acessar todos os níveis de complexidade, de modo a obter assistência às demandas advindas tanto do processo de confirmação diagnóstica quanto do tratamento (MIGOWSKI et al., 2018, p. 248).

O Serviço Social integra equipes multidisciplinares para desenvolver e defender as atividades realizadas pelos cuidados paliativos não constituem por si só uma ação, ou seja, focado, em constituir uma série de Parâmetros de atuação dos assistentes sociais na política de saúde (CFESS, 2010). Os cuidados paliativos permitem o exercício de diferentes atribuições como enfermagem oferecer ações assistenciais e socioeducativas diretamente aos usuários e seus familiares; colaborar com a equipe do hospital e mobilizar recursos interdepartamentais. Portanto, o argumento e o aprofundamento deste tema constituem um espaço de cooperação fecundada entre as partes do profissional e SUS, estabelecendo o princípio da visão de garantia como visão a reforma sanitária e o projeto ético-político da categoria defendem isso.

O Serviço Social ainda trabalhando nas suas premissas atuantes ressalta o sobre o arsenal de ferramentas multiprofissionais sendo com isso afirma RAICHELIS et al., 2018, p 36-37).

[...] reafirmamos o caminho da profissionalização do Serviço Social como o processo pelo qual seus agentes se inserem em atividades laborais cuja dinâmica, organização, recursos e objetivos são determinados para além do seu controle, isto é, pelos empregadores dessa força de trabalho. [...] notadamente em âmbito municipal, mas também por organizações não governamentais e empresariais, a força de trabalho de assistentes sociais transformada em mercadoria só pode entrar em ação através dos meios e instrumentos de trabalho que, não sendo propriedade desses/as trabalhadores/as, devem ser colocados à disposição pelos empregadores institucionais públicos ou privados: infraestrutura humana, material e financeira para o desenvolvimento de programas, projetos, serviços, benefícios e um conjunto de outros requisitos necessários à execução direta de serviços sociais para amplos segmentos da classe trabalhadora ou para o desenvolvimento de funções em nível de gestão e gerenciamento institucional. (RAICHELIS et al., 2018, p. 36-37).

Nesse sentido, também é possível observar uma relação existente com a ação realizada o que o assistente social formula, atende aos parâmetros estabelecidos o papel dos assistentes sociais na saúde (2010): Democratizando a informação através de: Orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos sobre direitos sociais Grupos de usuários; construir perfis socioeconômicos dos usuários, destacarem condições determinantes e condições de saúde para poder desenvolver estratégias ao analisar as condições socioeconômicas (habitação, trabalho e Segurança Social) e familiares dos utentes, bem como a prática de apoio a outro profissionais de Saúde; Ênfase nos determinantes sociais da saúde para usuários, familiares e pares através de abordagens individuais e/ou grupais; enfatizando os determinantes sociais da saúde; coletar informações sobre usuários, familiares e colegas por métodos individuais e/ou de grupo, e Para facilitar e permitir que os usuários acessem serviços e protejam seus direitos expandir o campo da proteção social estabelecendo mecanismos e práticas operacionais.

Na Divisão social e técnica do trabalho na sociedade capitalista, especialmente após o exercício reestruturação produtiva, intensificou o processo de especialização técnica das profissões em detrimento delas informações gerais. Assim, este modelo reforça a hierarquia entre ocupações que se repete e avalia tanto no ensino superior como no mercado de trabalho. As categorias de trabalhadores da saúde, por serem coletivas, criam um ambiente de conflito porque sobre a natureza da sua educação e o seu papel nas instituições educativas. Isto é

neste contexto difícil acrescenta uma assistente social que mergulha nessas relações contraditórias de profissões, saberes e práticas relacionadas ao status da UTI. Desta forma, procuramos investigar alguns elementos definidores que influenciam a (in) visibilidade de uma imagem o trabalho do assistente social da terapia intensiva, dos especialistas dos equipamentos da terapia intensiva.

O assistente social não faz parte de um grupo de profissionais exigidos na UTI, porém com as necessidades que existem nesse ambiente é imprescindível que se tenham pelo menos um assistente social. Assim é importante ressaltar de acordo com a RDC da Agencia Nacional de saúde (ANVISA).

Seção IV Acesso a Recursos Assistenciais Art. 18. Devem ser garantidos, por meios próprios ou terceirizados, os seguintes serviços à beira do leito: I – assistência nutricional; II – terapia nutricional (enteral e parenteral); III – assistência farmacêutica; IV – assistência fonoaudiológica; V – assistência psicológica; VI – assistência odontológica; VII – assistência social; VIII – assistência clínica vascular; IX – assistência de terapia ocupacional para UTI Adulto e Pediátrico [...] (BRASIL, 2015).

Nossas atuações na UTI e outras em outros espaços para que as ações sejam realizadas. Ao contrário de outras profissões, a UTI não dispõe de mecanismos de funcionamento do serviço social como telefone, computador, documento; essas ferramentas e recursos são encontrados em outros lugares. Isso justifica porque ficamos “pouco” na UTI, como afirmam alguns especialistas: a determinação social da saúde não pode ser resolvida na UTI. Esta última diferença é crucial entre o nosso trabalho e o de outros profissionais; nosso trabalho possui diferentes parâmetros e padrões de desempenho.

A ação é a atuação de assistente social no setor de urgência e emergência e primeiros socorros, baseados na prática profissional ocorrida durante o trabalho diário e desempenho profissional registrado em livros setoriais, ferramenta técnica utilizada pelo dos próprios profissionais, o que serve como prova dos fatos ocorridos.

Um fato importante ao estudar a atuação do assistente social que a pratica do pronto socorro em que autonomia na tomada de decisões e a intervenção de um profissional nos usuários como uma atuação que possibilita deveres e direitos, juntamente com os resquícios da herança conservadora da profissão que são historicamente identificados na própria prática profissional.

A atuação do assistente social em prontos socorros trata-se de uma atuação dentro de hospitais, geralmente em salas próximas ao atendimento do pronto socorro para que os paciente/usuários tenham melhor acesso, salas pequenas.

Esclarecer como o serviço social utiliza esta ferramenta “acolhimento” aos seus usuários, Lewgoy e Silveira (2007) consideram acolhedor negociações após o início da entrevista, na qual foi criado um espaço de mediação, com responsabilidade e criando vínculos entre a instituição e seu usuário. Já para Malta (2001), o acolhimento refere-se à qualificação do trabalho de especialistas, desde que vem resgatar o trabalho multidisciplinar e ampliar espaços de escuta qualificações, intercâmbios e decisões conjuntas.

As referências externas são limitadas a ligações e solicitações telefônicas uma ambulância para agilizar a alta hospitalar do paciente; ligue para a família e pergunte sobre a deles comparecimento ao hospital com os documentos pessoais do paciente, comunicar o óbito juntamente com o médico plantonista; liderar uma família os direitos e procedimentos na organização de um funeral, registro num notário e cremação; receber auxílio funeral quando a família não tiver condições financeiras, isso requer um encaminhamento específico para o Centro de Referência de Ajuda (CRAS) atuais municípios; encaminhar pacientes ao INSS, para Saúde na sua região, Delegacia da Mulher, Abordagem na Rua, Verificação de óbito, Conselho do Idoso, CAPS e CREAS quando necessariamente.

O serviço social de mudança opera imediatamente a partir da sua atividade eles surgem pela reprodução de requisitos existentes, reprodução expressar da questão social, existentes de forma rotineira, de acordo com ações burocráticas, emergenciais e assistemáticas ou isoladas que vão 56 emergente. Vasconcelos (2012) explica que o deslocamento não é uma atividade planejada, muito menos sistematizada, segundo alguns estudos. Vasconcelos enfatiza que.

Ainda que cada tipo de unidade ofereça ações diferenciadas, ainda que as demandas e características sejam diferentes — entre Hospitais e Postos de Saúde, por exemplo —, os assistentes sociais, no fundo, obedecem a uma mesma rotina: contato com o usuário para levantamento das necessidades a partir do atendimento médico recebido, para providenciar encaminhamentos e orientações necessárias à complementação da consulta (VASCONCELOS, 2012, p. 195).

Um assistente social profissional é responsável pelo trabalho direto com a família pacientes. É um trabalho acolhedor que faz a diferença para quem está passando por um período de problemas de saúde. Entende-se que a doença

perturba não apenas o físico e o biológico, mas também afeta emocionalmente o paciente e sua família. Assim, o assistente social atua como um elo entre eles e instituição, equipe multidisciplinar e comunidade.

Em com ressalte das atividades realizadas pelo o assistente social reforça que vai além de acompanhar os pacientes/usuários em demandas simples, há também demandas de média e alta complexidade, o que conclui- se que deve haver preparação de todos os aspectos a serem trabalhados nesse âmbito.

A criação do Núcleo de Apoio a saúde da família (NASF), foi criado na portaria de 2008 (BRASIL, 2008 p. 2): Portaria GM/ MS nº 154 de 24 de junho de 2008(revogada pela Portaria GM/ MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011), com o objetivo de aumentar a resolutividade e capacidade de resposta das equipes de saúde da família aos problemas da população. Esse núcleo é composto por profissionais de diversas áreas do conhecimento que, atuando de forma integrada com as equipes de saúde da família, incluindo as equipes de saúde bucal, qualificam o cuidado prestado às pessoas. Espera-se que a inclusão desses profissionais amplie o olhar do cuidado, levando à redução de encaminhamentos para outros serviços e à maior satisfação dos usuários.

O NASF não é um serviço especializado em atenção básica e deve realizar ações conjuntas com as equipes de saúde da família para ampliar o atendimento e mudar práticas e contribuir para uma melhor qualidade de vida das comunidades.

De acordo a Portaria GM/MS nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012, há 03 (três) modalidades de NASF:

NASF 1 – Deve realizar suas atividades vinculadas a, no mínimo, 05 e no máximo 09 equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais).
NASF 2 – Deve realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 e no máximo 4 equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais).
NASF 3 – Deve realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 1 e no máximo 2 equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada.(MINISTÉRIO DA SAÚDE 2012 p.1).

Sobre a atuação do NASF têm-se duas divisões de atividades do mesmo sendo NASF um e NASF dois. Divisão essa que faz com que o sistema de organização não tenha sobrecarga. O NASF um é constituído por no mínimo cinco profissionais de nível superior sendo assim são elas:

Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatria; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008 p. 2).

O NASF dois e sua constituição de profissionais deve haver no mínimo três profissionais de nível superior

Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008 p. 2).

Com isso é importante ressalta a necessidade do trabalho do NASF com as famílias isso então é organizado para que se haja trabalhos com grupos que atendem as equipes de Saúde de Família sendo assim é importante que se haja uma responsabilidade com o atendimento sendo elas:

Atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, bem como consultas e intervenções conjuntas, apoio por telefone, e-mail etc. (b) Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de SF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, continuar mantendo contato com a equipe de SF, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo NASF diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade. (c) Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF. Como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc. (BRASIL, 2010).

Visto que o Serviço Social está inserido na equipe de atendimento do NASF dá-se então a necessidade e o caráter profissional dessa formação no mesmo. A atuação do Assistente social no NASF faz com que atenda às suas particularidades, atende suprindo as necessidades de um bem comum. Com isso a atuação do assistente social de acordo com Ministério da Saúde (2008). o Serviço Social tem se um planejamento dentro do NASF e consiste em:

Desenvolver programas e ações de promoção da cidadania e produzir estratégias que fomentem e fortaleçam as redes de suporte social, com

vistas a uma maior integração entre os serviços de saúde, sua área de atuação e outros equipamentos sociais;

Desenvolver programas e ações com vistas à redução das desigualdades sociais e a desinformação acerca dos direitos dos cidadãos, promovendo ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania;

Desempenhar no exercício do cargo as demais atribuições definidas legalmente como privativas da profissão de assistente social ou conferidas aos profissionais pelo Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. O assistente social deverá, sem prejuízo de outras funções: Coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às ESF;

Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as ESF;

Discutir e refletir permanentemente com as ESF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;

Atender as famílias de forma integral, em conjunto com as ESF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;

Identificar no território, junto com as ESF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo do adoecimento;

Discutir e realizar visitas domiciliares com as ESF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação da saúde;

Possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda desenvolvimento sustentável na comunidade, ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as ESF e a comunidade;

Identificar, articular e disponibilizar com as ESF uma rede de proteção social;

Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;

Desenvolver junto com os profissionais das ESF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;

Estimular e acompanhar as ações de Controle Social em conjunto com as ESF;

Capacitar, orientar e organizar, junto com as ESF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda; e

No âmbito do serviço social, identificar as necessidades e realizar as ações necessárias ao acesso à Oxigenoterapia.

Segundo os Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde(2010), algumas dessas ações são de natureza técnico-administrativa ou exigem uma função específica da área da saúde, que não estão incluídas na formação dos assistentes sociais.

O assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho ainda existente (CFESS, 2010, p. 47).

Na política de saúde, serviço social no NASF é outra área de competência como viabilizador desta política em busca da garantia de direitos, para poder

trabalhar com um problema social em suas mais diversas expressões, com o objetivo de qualificar a atenção saúde e melhoria na sua solução, já vimos quão grande é a importância uma assistente social neste espaço de trabalho social. Dessa forma, é preciso saber que a atuação do serviço social no NASF deve partindo do princípio de que a saúde se alcança pela promoção da cidadania na busca pela eficácia ao direito à saúde. Diante desse contexto, o profissional de serviço social passa por pode-se dizer que sua prática deve estar pautada em fundamentos teórico-metodológicos, ético-político e técnico-operacional, possibilitando aos profissionais estabelecer uma visão crítica da realidade.

O conceito de saúde entendido sob diversos pontos de vista - entre outros, o ambiente biológico, socioeconômico e cultural, o espaço físico - baseia-se na compreensão da necessidade de saúde, que leva em conta as relações sociais cujas exigências se configuram em a expressão da questão social da dada desigualdade reproduzida historicamente na sociedade capitalista brasileira.

Unidades de pronto atendimento que se apresentam em um modelo denominado UPA 24h ficam postos médicos de média complexidade entre as unidades Saúde Básica/Saúde da Família e Hospitais da Rede onde estes compõem uma rede organizada de atendimento de emergência.

De acordo com o referido decreto, as Unidades de Pronto Atendimento funcionam como referência para casos em que é necessário atendimento imediato e urgente. Essas unidades devem prestar atendimento decisivo e qualificado aos pacientes condições agudas de natureza clínica. A unidade deve executar o procedimento para estabilizar o paciente e encaminhá-lo para serviços hospitalares de maior complexidade, se necessário.

A atuação do Assistente Social na UPA não é contemplada na regulamentação da UPA Ministério da Saúde quanto à equipe mínima. No momento, porém, todas as unidades O DF conta com especialistas em serviço social. Observa-se que na maioria serviços realizados nessas unidades, a realidade social afeta diretamente processo saúde-doença do paciente. É por isso que o trabalho do assistente social era necessário na composição de uma equipe multiprofissional para um cuidado integral e humanizado em situações de risco e vulnerabilidade social.

Os assistentes sociais são profissionais que atuam junto à equipe de saúde. e contribuir eficazmente para o fortalecimento das relações familiares e comunitárias pacientes. Dependendo da sua formação e do projeto ético e político da profissão de

assistente A rede social coopera para a eficácia do controle social e tenta facilitar o acesso dos usuários aos serviços do SUS, bem como garantias de outros direitos sociais.

Um profissional de serviço social tem um olhar diferente e usa uma avaliação ampliada da situação social, a fim de identificar “as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que intervêm no processo de saúde e doença” (CFESS, 2010).

O Assistente Social oferece um serviço especializado e integrado com a equipe de saúde, a fim de identificar e trabalhar os aspectos sociais das demandas apresentadas. Busca viabilizar os encaminhamentos para a rede de saúde, socioassistencial e jurídica. Desta forma, contribui para o processo de promoção e recuperação da saúde. (CFESS, 2010).

Realizar a triagem priorizando demandas sociais que impactam no tratamento e na alta dos pacientes; Atender pacientes, familiares e acompanhantes; Discutir casos com equipe multiprofissional; Orientar sobre os direitos sociais e de cidadania; Sensibilizar sobre aspectos que interferem no processo saúde/doença; Articular com a rede de saúde e demais serviços socioassistenciais; Intervir em situações de risco e vulnerabilidade social visando o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários; Acompanhar os casos mais graves de pacientes reincidientes; Registrar no prontuário do paciente as evoluções sociais; Participar do planejamento e elaboração de normas e rotinas da unidade; Apresentar estatísticas mensais dos atendimentos do Serviço Social; Supervisionar estágio em Serviço Social (Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF – CPPAS, 2019, pag. 5).

Reafirmando o papel central do assistente social na ação educativa, a premissa é que este profissional deve buscar estimular a prática reflexiva entre os usuários, a fim de colaborar com processos de análise e reconhecimento de sua situação de saúde-doença que contribuirão para mudá-la, porque o homem é um ser histórico, aproximando-a do conceito de conscientização em saúde, entendendo a saúde como um direito de todos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar as produções as produções do Conjunto CFESS/CRESS objeto de análise para produção deste trabalho, evidenciou-se que, apesar da intenção expressa de intervir com base na situação, a possibilidade Projeto de ética política profissional contra a objetificação do exercício profissional adesão aos princípios e regulamentos dos serviços sociais previstos na prática rendição a metas burocráticas, cotidianas e institucionais, levando em última instância ao retrocesso e/ou persistência de perspectivas conservadoras, individualistas, biológicas e psicológicas, fortalecer os interesses dos programas privados de saúde ligados à lógica de mercado, a rentabilidade, desde a sua retificação essencial, até à desvalorização do controlo social pelo capital, ações de caráter educativo e mobilização dos usuários para a construção conscientização sobre a saúde como lei e determinantes das políticas públicas a macroestrutura que constitui a vida material do sujeito é politizada criticidade necessária para que se reconheçam como sujeitos históricos a intencionalidade desse trabalho teve uma proposta de abordagem de discutir e colocar em ênfase o processo de institucionalização do Serviço Social na área da Saúde. Com isso formas de observar e agregar a profissão, pois de veras um assunto importante para ser visto.

Ao tratar do Serviço Social no campo da saúde irá refletir essa atuação, pois se estima que esse campo faça um vértice de ampliação e diversidade também. Cabe ressaltar também a trajetória e o que aconteceu nesse período assim refletir na atualidade na profissão. Esse período de amostras permite que mostrem os aglomerados de tradições do Serviço Social diante de seu conteúdo técnico e teórico na área da saúde e ainda sim fazer com que colabore para a construção e fortalecimento do arsenal teórico-metodológico diante do que foi realizado. Isso condiz em mostrar o que Assistente Social desse espaço realiza na sua atuação no campo da saúde.

A construção dessa abordagem no campo profissional pode encontrar resistências significativas e, portanto, sua eficácia depende das respostas que os especialistas na área da saúde podem contribuir para o desenvolvimento e consolidação do SUS. E para concluir, destaca-se que:

As conclusões, prudentemente, são provisórias e cobram continuidade, como se espera de todo o trabalho científico responsável, em particular num

campo conceitual e de prática novo, que, entretanto, vem se firmando como um espaço de esperança, diante de tantas iniquidades e esforços muitas vezes vão se caros para melhorar a saúde individual e coletiva nas sociedades contemporâneas (BUSS, 2004).

A partir disso é importante saber que isso ajuda a definir mais explicitamente o espaço profissional de um assistente social, registrando a profissão igualmente na área saúde devido à concentração desta área nos últimos anos.

Por fim, trabalho procurou evidenciar a importância da atuação do assistente social nesta área da saúde pública, apesar das diversas dificuldades que esse profissional enfrenta na atuação sua prática profissional de acordo com os princípios e diretrizes adotados pelo SUS. Entender o serviço social se uniu a outros setores para defender o aprofundamento do Sistema Único de Saúde a fim de estender o direito à saúde como universal e deve ser estendido a todos também um dos objetivos do estudo desenvolvido nesta tese.

Enquanto o discurso dos profissionais atribuía o voluntarismo e o empirismo à ação responsabilidade por qualquer desqualificação técnica do serviço social, a rotina institucional esclareceu a existência de um conjunto de exigências que revelaram a necessidade do profissional na dinâmica dos processos coletivos de trabalho nos serviços de saúde.

Consequentemente visa analisar a atuação do assistente social na área da saúde e as dificuldades que estes atravessam, visto que ainda traz uma discussão vazia onde é uma área de pouco conhecimento, visto que para muitas pessoas o assistente social é um profissional que atua em prol da caridade e não é considerado o garantidor de direitos, nesse intuito a visão do trabalho é esclarecer esse papel para a sociedade.

Sobre essa disjunção, afirma Netto (1992:68) que "um mercado não se estrutura para o agente profissional mediante as transformações ocorrentes no interior do seu referencial ou no marco de sua prática; antes, estas transformações expressam exatamente a estruturação do mercado de trabalho", pois a profissão não é "constituída para criar um determinado espaço na rede sócio-ocupacional, mas é a existência desse espaço que conduz à constituição profissional".

Os autores basilares deste trabalho entre outros aspectos nós apresenta a intencionalidade e a sedimentação do assistente Social na área da saúde na vertente Marxiana e o crescimento da atuação dos profissionais desta área.

Vale ressaltar que as constantes produções da atuação dos Assistentes Sociais na área da Saúde visam um fortalecimento de conhecimento em que o principal objetivo é “[...]e romper com prática imediatista e acrítica tão presente no cotidiano do exercício (BASTOS, 2022)”. O Serviço Social é profissão que atua dentro das premissas que embasam a profissão, válido dentro do Teórico-metodológico, ético-político e tecno-operativo, sendo assim compreendendo melhor e atendendo dentro das premissas legislativas que regem a profissão.

Por fim, esta pesquisa foi relevante para minha carreira, tanto acadêmica, quanto pessoal e social, e por ser uma temática ampla não pode e nem deve se encerrar apenas nesta pesquisa, devendo assim, ser retomada em outros momentos de formação. Desse modo, espera-se que os resultados desta pesquisa sirvam de base para outros pesquisadores que pretende discutir acerca da temática em questão, pois O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) é uma autarquia pública federal e é relevante porque tem a atribuição de orientar, disciplinar, normatizar, fiscalizar e defender o exercício profissional do/a assistente social no Brasil, em conjunto com os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS). Para além de suas atribuições, contidas na Lei 8.662/1993, a entidade vem promovendo, nos últimos 30 anos ações, políticas para a construção de um projeto de sociedade radicalmente democrático, e em defesa dos interesses da classe trabalhadora. A presença do CFESS dentro da política de saúde fortalece a atuação profissional e demonstra os direitos e deveres do Assistente Social.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. de Vieira; ÉRIKA. Assistência social e cidadania: um diálogo necessário. **Revista Vértices**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, jan./abr. 2004.

BRAGA, João Carlos; PAULA, Sérgio Góes de. **Saúde e previdência**: estudos de política social. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRASIL. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Assistente Social. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jun. 1993.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742compilado.htm. Acesso em: 8 jul. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 18 set. 2023.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em: 18 out. 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

CASTRO, Manuel Manrique. **História do Serviço Social na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1993.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo R. Antonacci (org.). **Criança hospitalizada**: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1997.

CFESS. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993.

CFESS. **Serviço Social na área da saúde no Brasil**. Brasília: CFESS, 1995. Mimeo.

CISLAGHI, Juliana Fiúza. Privatização da saúde no Brasil: da ditadura do grande capital aos governos do PT. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 43, p. 60-74, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **O financiamento da saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

COUTO, Berenice Rojas. Formulação de projeto de trabalho profissional. In: **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

COUTO, Berenice Rojas. Assistência social: direito social ou benesse? **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 665-677, out./dez. 2015.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 9-34, 2008.

FIGUEIREDO, Nadja Oliveira; PORTO JUNIOR, Francisco Gilson Rebouças. Políticas públicas de saúde: aportes para se pensar a trajetória histórica brasileira. **Revista Desafios**, Palmas, 2017.

FLEURY, Sonia; OUVERNEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GUILHERME, Ricardo Calciolari. Desenvolvimento de comunidade e o Serviço Social: entre o conformismo e a crítica. **Revista Emancipação**, Ponta Grossa, v. 12, n. 1, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 19. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade**: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas. Fortaleza: CRESS-CE, 1997. (Debate n. 6).

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 38. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

KRÜGER, Tânia Regina. Serviço social e saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 9, n. 2, p. 123-145, 2010.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LIMA, Nísia Trindade et al. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil. In: LIMA, N. T. et al. (org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011.

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

MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital.** São Paulo: Boitempo, 2009.

MOURA, Eliane Silva. **O direito à saúde na Constituição Federal de 1988.**

Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/o-direito-a-saude-na-constituicao-federal-de-1988/>. Acesso em: 27 jul. 2023.

PAULO NETTO, José. **Capitalismo monopolista e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 1992.

PAULO NETTO, José. O movimento de reconceituação: 40 anos depois. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 84, 2005.

PIANA, Maria Cristina. As políticas sociais no contexto brasileiro: natureza e desenvolvimento. In: **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional.** São Paulo: UNESP, 2009.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural**, Belo Horizonte, v. 35, p. 1-35, 2001.

ROSSETTI BEHRING, Elaine. Fundamentos de política social. In: **Serviço Social e saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

SOUZA, Adelia Rodrigues; MIRALES, Rosana. As influências do conservadorismo na emergência do Serviço Social no Brasil. **Revista Brasileira de Iniciação Científica**, v. 8, 2021.

TELES, Vera da Silva. Questão social: afinal do que se trata? **Revista Perspectiva**, Florianópolis, v. 10, n. 4, p. 85-95, out./dez. 1996.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal. **Promoção da saúde e Serviço Social:** uma análise do debate profissional. Recife: O Autor, 2013.

VIANA, Beatriz Borges; CARNEIRO, Kássia Karise Carvalho; GONÇALVES, Claudenora Fonseca. Movimento de reconceituação do Serviço Social e seu reflexo no exercício profissional na contemporaneidade. **Revista Seminário Nacional de Serviço Social**, 2015. Disponível em: https://seminarioservicosocial.pginas.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_2_139.pdf. Acesso em: out. 2023.

WILLEM, Frederik Baptista; THEODORUS. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: **Políticas de saúde:** organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. 2007. p. 29-60.

YAZBEK, Maria Carmelita. Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade. In: **Serviço Social:** direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

YAZBEK, Maria Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. In: **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.