



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

CAMPUS REGIONAL DE IVAIPORÃ

IDINÉIA DOS SANTOS

O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

IDINÉIA DOS SANTOS

O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Professor MS. Peterson Alexandre Marino

IVAIPORÃ
2014

IDINÉIA DOS SANTOS

O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Ms. Peterson Alexandre Marino

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Ms. Peterson A. Marino
Universidade Estadual de Maringá

Prof^a. Maria Celeste Melo da Cruz
Universidade Estadual de Maringá,
Campus Ivaiporã

Prof^a. Ms Vanessa R. Machado
Universidade Estadual de Maringá,
Campus Ivaiporã

Ivaiporã, _____ de _____ de _____.

A minha mãe, Maria Eugênia, que com sua fé em Deus e em mim, fez com que chegasse até este momento, dando-me força quando as dificuldades e medos me escoltavam.

A meus netos, Rocio e Raúl, por fazerem parte da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por ter me abençoado todos esses anos com coragem, ânimo, me amparando quando na verdade queria desistir;

Agradeço também a Nossa Senhora, por ter sempre passado a frente de obstáculos e de momentos difíceis, especialmente pelo acidente porque passei;

Minha família que sempre esteve ao meu lado, acreditando em mim, me apoiando, com certeza tenho a melhor família do mundo;

A meus queridos professores, que muito contribuíram para minha formação profissional, com dedicação, exemplos de profissionalismo, competência, comprometimento, demonstrando que prática e teoria são indissociáveis, serei eternamente grata;

Agradeço em particular meu Orientador Peterson Alexandre Marino, por seu profissionalismo, seu conhecimento e paciência sendo imprescindível para realização deste trabalho.

Seja Você quem for, seja qual for a posição que você tenha na vida, a mais alta ou a mais baixa, tenha sempre como meta muita determinação e sempre faça tudo com muito amor e com muita fé em Deus, que um dia você chega lá. De alguma maneira você chega lá.

(AYRTON SENNA)

SANTOS, Idineia dos. **O Serviço Social na Política de Saúde**. 2014. 74 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual de Maringá, Ivaiporã. 2014.

RESUMO

O presente estudo objetiva analisar o processo de trabalho do assistente social na política de saúde, tendo por base as reflexões na literatura especializada. Busca inicialmente, através da revisão bibliográfica, discutir a trajetória histórica da Saúde pública no Brasil, com destaque ao movimento de Reforma Sanitária, que propiciou uma discussão voltada à ampliação do conceito da saúde e ao dever do Estado na sua condução. Tal fato se materializou com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a instituição da Seguridade Social brasileira. Destaca-se ainda o atual modelo de gestão denominado SUS – sistema único de saúde. A revisão da literatura aborda ainda o Serviço Social no Brasil, com ênfase a sua profissionalização e as transformações no seu percurso histórico, além dos processos de trabalho na profissão, conforme as elaborações de Yamamoto (2012). Por fim, a coleta de dados se deu por meio de uma pesquisa bibliográfica objetivando compreender quais são os processos de trabalho do assistente social na política de saúde. Foram analisadas várias produções no âmbito do serviço social que dessem conta de discutir o nosso objeto. Tais bibliografias deram conta de demonstrar o objeto, as habilidades e estratégias de ação do assistente social e os resultados – o que se espera do profissional nesse campo de atuação.

Palavras-Chave: Serviço Social. Processos de Trabalho. Saúde.

SANTOS, Idineia dos. **The Social Work in the Health Policy**. 2014. 74 pgs. Course Conclusion Work (Degree in Social Work) - Maringá State University, Ivaiporã, 2014.

ABSTRACT

The present study intends to analyze the working process of the social worker in health policy, based on the specialized literature's reflections. It seeks initially through the literature review, to discuss the historical trajectory of public health in Brazil, highlighting the movement of health reform, which provided a discussion focused on the expansion of the concept of health and the state's obligation on your management. This fact has materialized with the promulgation of the Federal Constitution of 1988 and the establishment of the Brazilian Social Security. Another highlight is the current management model called SUS - Unified Health System. The literature review also comprehends the Social Work in Brazil, with emphasis on professionalization and changes in their historic trajectory, beyond the working processes in the profession, like the elaborations by lamamoto (2012). Finally, the data collection was done through a literature research intending to understand what are the working processes of the social worker in health policy. Several studies were analyzed within the social work area that could be enough to discuss our object. These bibliographies were enough to demonstrate the object, skills and action strategies of social workers and the results - what is expected of a professional in this acting field.

Keywords: Social Work. Working Processes. Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

| | |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| ABEPSS | - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social |
| ABRASCO | - Associação Brasileira de pós Graduação em Saúde Coletiva |
| CLT | - Consolidação das Leis do Trabalho |
| CNS | - Conferencia Nacional de Saúde |
| CRV | - Campus Regional do Vale do Ivaí |
| CMS | - Conselho Municipal de Saúde |
| CFESS | - Conselho Federal de Serviço Social |
| CEAS | - Centro de Estudos e Ação Social |
| DIEESE | - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos |
| DIESAT | - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho |
| FMS | - Fundo Municipal de Saúde |
| FPM | - Fundo de Participação Municipal |
| LOS | - Lei Orgânica da Saúde |
| PUC | - Pontifícia Universidade católica |
| IBGE | - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas |
| SVS | - Secretaria de Vigilância Sanitária |
| IPEA | - Instituto de Pesquisas Econômicas e Administrativas |
| PNAS | - Política Nacional de Assistência Social |
| UEL | - Universidade Estadual de Londrina |
| UEM | - Universidade Estadual de Maringá |
| SUS | - Sistema Único de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| INTRODUÇÃO | 10 |
| 1 A POLITICA DE SAÚDE NO BRASIL | 12 |
| 1.1 A POLITICA DE SAUDE NO BRASIL NA REPUBLICA VELHA | 12 |
| 1.2 ATENÇÃO A SAÚDE NO BRASIL (PÓS ESTADO NOVO) | 14 |
| 1.3 REFORMA SANITARIA E O MOVIMENTO DA SEGURIDADE UNIVERSAL | 16 |
| 1.4 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E A SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA..... | 19 |
| 1.5 O SUS (LEGISLAÇÃO, PRINCIPIOS, DIRETRIZ E ORGANIZAÇÃO)..... | 22 |
| 2 O SERVIÇO SOCIAL E SUA PROFISSIONALIZAÇÃO | 26 |
| 2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A GÊNESE DA PROFISSAO NO BRASIL | 26 |
| 2.2 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA E EXERCÍCIO PROFISSIONAL | 28 |
| 2.3 PROCESSOS DE TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL | 32 |
| 3 TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLITICA DE SAUDE | 38 |
| 3.1 OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAUDE | 39 |
| 3.2 HABILIDADES E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAUDE | 47 |
| 3.3 OS RESULTADOS DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE | 55 |
| CONSIDERAÇÕES | 61 |
| REFERÊNCIAS | 67 |

INTRODUÇÃO

A atuação do Assistente Social vem ganhando amplitude. Desta forma, os espaços sócio-ocupacionais do Serviço Social diversificam-se, e o Assistente Social deve estar preparado para dar respostas qualitativas às demandas que lhe são de competência dentro destes espaços.

Na área da saúde não seria diferente, pois demandam do profissional, conhecimentos específicos para atuar neste meio. Sendo assim o objeto desta pesquisa é O Serviço Social na Política de Saúde.

Portanto, o objetivo geral desta pesquisa é: analisar o processo de trabalho do assistente social na política de saúde. Decorrendo pelos objetivos específicos: realizar um breve resgate histórico da política de saúde no Brasil; identificando historicamente como ocorreu o trabalho do assistente social na saúde; conhecendo as especificidades do trabalho do Assistente Social na política de saúde.

Este trabalho justifica-se a priori pelo fato de ter trabalhado por dois anos como recepcionista em um hospital, percebendo nesse período um desconhecimento geral, por parte das pessoas com que convivia, do que se trata o Serviço Social na área da saúde.

Outro ponto que merece destaque é que a área da saúde também se caracteriza como um espaço sócio-ocupacional para a atuação do profissional de Serviço Social, desta forma, torna-se primordial levantar discussões a cerca dessa temática.

O referido trabalho foi realizado através de revisões bibliográficas, com temáticas que contemplem o objeto central da pesquisa.

Para compreender melhor o papel e a necessidade do Assistente Social na área da saúde, foram realizadas pesquisas bibliográficas, para assim podermos entender melhor os objetivos da pesquisa.

A estrutura do trabalho se desenvolveu por meio de três capítulos centrais. Tendo como objetivo elencar no primeiro capítulo uma breve contextualização da história da política de saúde no Brasil, para que se possa entender a configuração desta política, e posteriormente poder esclarecer as especificações do cotidiano do profissional do Serviço Social nesta área.

No segundo capítulo destacamos os principais desafios e perspectivas do Serviço Social na área da saúde, a fim de elencar os mais diversos dilemas enfrentados pelo Assistente Social frente à mercantilização da política de saúde no Brasil.

No terceiro capítulo apresentamos os resultados dos objetivos elencados, através da pesquisa documental.

Como principal contribuição, elencamos a necessidade de se ter um Assistente Social na saúde, Anseio ainda, que o presente trabalho traga embasamentos para pesquisas posteriores que abordem a temática, podendo contribuir qualitativamente com as reflexões que permeiam o objeto central dessa pesquisa.

1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Não se pode falar de política pública da saúde e da inserção de um profissional do Serviço Social sem antes fazer um resgate histórico da política de saúde no Brasil.

Sendo assim, este trabalho, como mencionado anteriormente, tem como objetivo geral analisar o processo de trabalho do assistente social na política de saúde. Devido a esse fato, a priori, buscamos realizar um breve contexto da história da saúde no Brasil, com vistas a entender a configuração dessa política, para posteriormente podermos esclarecer as especificidades do cotidiano profissional do serviço social nessa área.

1.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NA REPÚBLICA VELHA

Para entendermos o processo histórico da saúde no país, faz-se necessário mencionar, mesmo que de forma breve, a história da Previdência Social que foi instituída na década de 1920 e que até os dias atuais influencia no sistema previdenciário no Brasil.

É fato dizer que na República Velha, com o agravamento da questão social, aumentou-se significativamente o número de moradias insalubres (cortiços e favelas sem o mínimo de saneamento básico – água potável, coleta de lixo, esgoto) – ocasionando uma série de doenças, especialmente nas crianças.

Proliferaram doenças como a tuberculose, o sarampo, febre tifóide, cólera e hanseníase. Alastravam-se, sobretudo, grandes epidemias de febre amarela, varíola e peste bubônica.

Decidido a sanear e modernizar a cidade (contribuindo para o desenvolvimento do Capitalismo no país), o então presidente da República Rodrigo Alves – 1902/1906 – deu poderes ao prefeito do RJ (Pereira Passos) e ao médico Dr. Oswaldo Cruz para executarem um grande projeto sanitário.

Especialmente através de campanhas de vacina, Oswaldo Cruz propôs uma limpeza na cidade do Rio de Janeiro, pois o agravamento na condição de saúde do trabalhador poderia representar ainda prejuízos para a indústria urbana recém implantada no Brasil.

Dessa forma, instituem-se nesse momento campanhas de vacinação obrigatória à população. Para erradicar a varíola, o governo federal instituiu ações obrigatórias de vacina e instituiu ainda a Lei da Vacina Obrigatória (31/10/1904), que permitia que brigadas sanitárias, acompanhadas por policiais, entrassem nas casas para aplicar a vacina à força.

As vacinas da época causavam fortes reações alérgicas. Somando-se a isso a truculência dos aparatos policiais da época, que eram responsáveis pela aplicação da vacina em homens, mulheres e crianças. Tal fato originou em 1904 a chamada “revolta da vacina”, que consistiu num motim da população que indignada rejeitou a vacinação.

Entre os dias 10 e 16 de novembro, a cidade do Rio de Janeiro – então capital nacional – virou um campo de guerra. A população exaltada depredou lojas, virou e incendiou bondes, fez barricadas, arrancou trilhos, quebrou postes e atacou as forças da polícia com pedras, paus e pedaços de ferro;

A reação popular levou o governo a suspender a obrigatoriedade da vacina e a declarar estado de sítio (16 de novembro). A rebelião foi contida, deixando 30 mortos e 110 feridos. Centenas de pessoas foram presas.

Enfim, destaca-se que no período da República Velha as ações do Estado foram esparsas e descontinuadas, pautadas em grande parte em campanhas de vacinação.

De acordo com Cohn (1998), anterior ao período da década de 1920, não havia nenhum tipo de política pública de saúde, a não ser a sanitária na qual eram realizadas campanhas de caráter coletivo com o intuito de prevenir a propagação de epidemias.

Ainda, segundo Cohn (1998), a reforma sanitária de Carlos Chagas, promulgada em 1923, evidenciava as questões de higiene e saúde do trabalhador, impulsionando deste modo a delegação de medidas ao poder central, que por sua vez, passou a criar, mesmo que debilmente, um esquema previdenciário brasileiro.

Destaca-se, então, a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, assim denominadas pela Lei Eloy Chaves (promulgada em 23 de janeiro de 1923) que determinava a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões, onde os benefícios eram destinados a categorias de trabalhadores centrais para o desenvolvimento urbano do país. A lei previa ainda, assistência médica-curativa, fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de

serviço, por velhice e invalidez; bem como auxílio funeral, aos trabalhadores da estrada de ferro e seus dependentes. (COHN, 1998).

Carvalho, Martin e Cordoni (2001) narram a unificação das CAPS em IAPS, o que por conseqüência resultou em uma forte inflexibilidade no que tange aos critérios para se conceder os benefícios.

Como veremos à frente, no governo de Getúlio Vargas de 1930 a 1945, ocorreram alterações importantes na sociedade brasileira devido ao processo de industrialização, quando a determinação do papel do Estado também sofreu alterações e ainda houve o surgimento das primeiras políticas sociais para dar respostas focalizadas às questões sociais. BRAVO (2009)

Bravo (2009) aborda que neste período o papel do estado modificou-se, e emergiram na sociedade políticas sociais, que surgiram para dar respostas às reivindicações realizadas por parte da classe trabalhadora.

Segundo Braga e Paula (1986, p. 53-55) *apud* Bravo (2009):

As principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940, foram:

*Ênfase nas campanhas sanitárias;

*Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde;

*Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades;

*Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malaria do Nordeste, 1939; Serviço de Malaria da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller- de origem norte-americana);

*Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

1.2 ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL (PÓS ESTADO NOVO)

Conforme aponta Cohn (1998), é no período de 1945 a 1964 que algumas restrições aos anos 50, 56 e 63 consolidaram-se no que diz respeito aos gastos com a saúde pública, ficando evidente que os mesmos foram favoráveis. Contudo, não foi possível eliminar por completo o quadro de doenças infecciosas e parasitárias,

assim como os elevados índices de mortalidade infantil, como também o de mortalidade geral.

Segundo Bravo (2009), nesse período a política de saúde se organizava por um caráter nacional, dividida em dois sub-setores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. Sendo que o sub-setor de saúde pública predominou até meados de 60 e concentrou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e especificamente para a população do campo. Por outro viés, o sub-setor de medicina previdenciária somente ultrapassou o de saúde pública a partir de 1966.

No período de 64 a 74, o Estado usou artifícios burocráticos para intervir na repressão à assistência. Contudo a política assistencial no período em questão é burocratizada e modernizada pela máquina estatal para fins de cunho político. Sendo assim, era utilizada para aumentar o poder de controle do Estado sobre a sociedade e moderar as tensões sociais, legitimando desta forma o regime, servindo ainda como um mecanismo de acumulação de capital. (Bravo, 2004)

Com o golpe militar em 1964, condenaram-se os trabalhadores e demais segmentos da sociedade civil à condição de resistência à força do Estado que se revelou inviável à unificação da Previdência Social. (Cohn, 1998)

Ainda segundo Cohn (1998), apesar do golpe de 1964 ter dado singular significado para a totalidade da sociedade brasileira, a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político também modelou um país novo, entretanto os grandes problemas estruturais deixaram de ser resolvidos tornando-se mais complexos com dimensão ampla e dramática.

Para se consolidar a hegemonia foi necessário que se legitimasse a dominação burguesa e suas conseqüências políticas, econômicas e sociais (BRAVO, 2009).

Para Oliveira e Teixeira (1986), apud (Bravo, 2001):

Foi implantado no país, nessa conjuntura, o modelo de privilegio dado ao produtor privado com tais características:

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

*Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com 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 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 a clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica.

Em 1966, criou-se o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), aprofundando-se então o perfil assistencialista da Previdência Social brasileira. Nesse contexto, a previdência se viu livre de qualquer forma de controle das classes assalariadas, sendo importante destacar que em 1917 o seguro de acidentes de trabalho era realizado pelo setor privado, mas a partir de 1966, passou a ser responsabilidade da Previdência Social, quando os gastos do Estado na área social cresceram substancialmente. Em contrapartida, as demandas não atendidas também cresceram em ritmo acelerado, deixando visível a ineficiência do Estado. (BRAVO, 1991)

1.3 REFORMA SANITÁRIA E O MOVIMENTO DA SAÚDE UNIVERSAL

Como vigorava o modelo assistencial, que se baseava em ações curativas, onde nem todos os trabalhadores eram possuidores de direitos, pois somente usufruíam desses direitos os que eram contratados por meio do regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e que contribuía com a Previdência

Social. Somente nessas condições, então, poderiam dispor dessa assistência, além de que o atendimento era focado no setor privado instituído pelo governo federal.

Assim, nessa época dava-se muito valor a esse setor, o qual comparava-se ao setor público, que se mostrava defasado e ineficiente, comparado ao outro, por ter deixado de receber investimento econômico. Porém, o setor privado atendia interesses de determinados os grupos, deixando de suprir as reais demandas da população.

Escorel, Nascimento e Edler (2005) afirmam que o conjunto político da época era caracterizado pelo autoritarismo, repressão política, censura à imprensa, sendo que tudo era às claras como pessoas sendo cassadas. Por volta da década de 70, com a abertura política e eleições torna-se possível a organização de movimentos sociais onde se destaca o Movimento Sanitário, mesmo sendo delongada, lenta nas instituições de saúde, quis assim fortalecer a politização da questão saúde, com praticas institucionais totalmente reformuladas assim também como a norma institucional sofreu alterações.

A Reforma Sanitária veio para articular a sociedade sobre uma discussão acirrada sobre a política de saúde para poder adquirir melhor atendimento no quesito saúde para todos, independentemente de condições financeiras, pois neste contexto havia uma grande ineficiência nas campanhas de prevenção, predominando a mercantilização e a lógica centralizadora, (SCOREL, NASCIMENTO E EDLER, 2005)

Os autores evidenciam ainda que o movimento sanitário procurou conciliar a produção do conhecimento e a prática política, articulando universitários de medicina e departamento de medicina preventiva, divulgando o pensamento crítico na saúde. Mesmo nascendo nas universidades, a Reforma Sanitária tinha apoio dos intelectuais, profissionais do sistema de saúde, a Associação Brasileira de pós Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) criada em 1979, formava gestores sanitários para o sistema de saúde.

De acordo com Lacas (1994), com a articulação da Reforma Sanitária passa-se a reclamar por melhorias na organização dos locais de trabalho, evitando assim a nocividade e a defesa da saúde nestes ambientes. Com isso houve a necessidade de se criar departamentos sindicais como o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) e o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE).

O movimento da Reforma Sanitária apresenta muitas maneiras para se obter um novo sistema de saúde com aspectos democráticos. Assim, aumentou o número de simpatizantes das mudanças no setor de saúde, pois em 1979 tiveram oportunidade de expressão durante o 1º Simpósio Nacional de política de Saúde, saindo dali uma nova proposta para a reorganização do setor de saúde, tendo por objetivo a lógica de estruturar o Sistema Único de Saúde.

De acordo com Rodrigues Neto (1994) o SUS,

[...] propunha, ao lado da democratização geral da sociedade, a universalização do direito à saúde racional, de natureza pública, descentralizado, integrado as ações curativas e preventivas e democráticas, com participação popular. (p. 14)

A Reforma Sanitária tinha um único e principal objetivo que era garantir o direito universal à saúde, com um sistema único e estatal de prestação de serviço. (TEIXEIRA; MENDONÇA, 2006)

Diante de tudo isso o governo passou a reorganizar a política de assistência médica em 1982, pois a arrecadação do setor privado estava ficando mais elevada. Com isso passou a realizar o pagamento por diagnósticos, baixando consideravelmente as despesas, implantou as ações integradas de saúde, que davam condições para a vinculação com as instituições públicas de saúde, sendo de nível estatal e municipal e ainda conseguindo repasses financeiros do governo federal. Comissões Interinstitucionais de Saúde foram criadas para que supervisionassem a qualidade do atendimento.

Mas só em 1986 o movimento Sanitário intensificou-se ocorrendo a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com tendências às discussões de propostas para estruturar a política de saúde do país. Com o resultado dessas discussões surgiram então as propostas de reformulação do sistema nacional de saúde, sendo conhecido então o documento do projeto denominado de Reforma Sanitária Brasileira.

Só em 1988, com a aprovação da nova Constituição Federal Brasileira reúne-se grande parte dos princípios e propostas definidos durante a VIII conferência Nacional de Saúde, assumindo então a proposta da Reforma Sanitária e do SUS. Importante lembrar que mesmo assim ainda houver resistência à aceitação das propostas devido ao sistema médico assistencial privatista, que era concedido a

determinados grupos sociais. Mas para que fosse implantado o SUS fazia-se necessária a formulação de leis, o que só veio a acontecer em 199, quando da aprovação da LOS (Lei Orgânica da Saúde).

1.4 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL E A SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA

De acordo com Boschetti (2000), no princípio o acesso ao trabalho era condição de garantias ao acesso à seguridade social, pressupondo que trabalhadores desempregados não usufruíam o direito à seguridade social e nem à previdência, devido a esta ser adquirida pela lógica do contrato ou seguro social. Ainda segundo Boschetti (2000), ao ser instituída a seguridade social com a Constituição Brasileira de 1988, esta agregou princípios ao limitar a previdência aos trabalhadores contribuintes, universalizar a saúde e moderar a assistência social a quem necessitar. Com várias diferenças sociais, pobreza estrutural e trabalhos informais presumem-se que o trabalhador ficara entre o seguro e a assistência, deixando-o sem direito à seguridade social grande parte da população que não contribuía com a previdência social.

Sendo assim, a seguridade social foi estruturada na organização que tirou por base a lógica do seguro social, de onde dispunham os direitos da previdência social em maior parte dos países capitalistas. No Brasil, a coerência do seguro organizou e instituiu os critérios de acesso à previdência e à saúde desde os anos de 1923 até a Constituição Federal de 1988, que garantia proteção exclusiva ou a priori ao trabalhador e sua família.

Boschetti (2003) discorre que era uma proteção limitada, pois garantia apenas direito ao trabalhador que fazia parte do mercado de trabalho ou que contribuía como autônomo ou outro segurado especial da seguridade social. Nesses termos só tinha acesso ou direitos à seguridade social os denominados “segurados” e seus dependentes.

Conforme aponta Boschetti (2004), esses direitos denominados decorrentes do trabalho formal e estável condicionados a uma contribuição prévia são de valor proporcional à mesma. Uma característica fundamental da previdência social no Brasil é o de assegurar aposentadoria, pensões, salário família, auxílio doença e outros benefícios só aos que realmente contribuem e a seus dependentes em alguns casos.

Segundo autor, mesmo com as diretrizes constitucionais, tais como: universalidade na cobertura; uniformidade e equivalência dos benefícios; seletividade e distributividade nos benefícios; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade no custeio; diversidade do financiamento e caráter democrático e descentralizado da administração (C.F, artigo 194) não se materializou, assim também como não foi instituído um padrão de seguridade social igualitário, totalizado e unificado.

Os princípios igualitários poderiam reformular as políticas de saúde, previdência e assistência social para, somente assim, modificá-las e reformular um sistema de seguridade social extenso, harmonioso e sólido para agir com prioridade contratual do seguro, abrangendo um maior contingente de usuários de tais serviços. (BOSCHETTI, 2004).

Porém, em decorrência de elementos conjunturais e estruturais não ocorreu o que seria viável, porém na década de 1990, o neoliberalismo assolou o país, sendo decisivo para o crescimento de uma política econômica voltada para a lucratividade econômica em prejuízo dos avanços sociais. Momentos difíceis vividos e não resolvidos pelo Estado, tornando-se mais difícil e distorcido o real papel da seguridade social brasileira. (BOSCHETTI, 2004)

Segundo Behring e Boschetti (2006), apesar das conquistas obtidas a partir do advento da Constituição Federal de 1988, no que tange à seguridade social, não podemos deixar de mencionar seus limites estruturais na lei capitalista, agravando-se ainda mais as expressões da questão social em um país com situações socioeconômicas como as do Brasil, de frágil renumeração, salários baixíssimos, e com o agravante das desigualdades sociais.

Vianna (1998) afirma que os conceitos constitucionais estão sendo desacatados, feridos e seguindo para o desmonte dos direitos previstos constitucionalmente. Ainda ressalta que seguridade social brasileira, resultado das lutas sociais e conquista das classes trabalhadoras é lugar de fortes disputas de recurso e de poder, definindo-se em um espaço de lutas constantes. (VIANNA, 1988)

A preservação e o desenvolvimento dessas conquistas e o posicionamento oposto às reformas neoliberais regressivas são afrontas permanentes, podendo ser tidas como condição crucial para solidificação da seguridade social pública e universal. (VIANNA, 1988)

A Constituição Federal de 1988, em sua concepção deu ao trabalhador, segundo Ferreira (2013), como disposto no Art.7º, direitos aos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visavam à melhoria de sua condição social. Sendo reforçado no inciso XXXIV, da CF 88, onde ressalta que a “igualdade de direitos entre o trabalhador com vínculo empregatício permanente e o trabalhador avulso, deve ser respeitada e garantida”. (FERREIRA, 2013, p. 27).

Nessa perspectiva, destacamos o caminho legal que a Saúde alcança com a promulgação da Constituição Federal em 1988. Momento em que as aspirações do Movimento da Reforma Sanitária alcança importante conquista, garantindo no texto da carta constitucional a Saúde enquanto política integrante da Seguridade Social Brasileira.

Art. 194- A seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

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. (BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988)

Os artigos 196 a 200 colocam essa política como direito universal e dever do Estado, rompendo com o passado da saúde no Brasil no qual o acesso era restrito e o Estado pouco se envolvia – condução e financiamento.

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.

Na referida Constituição Federal, abre-se ainda o caminho para a instalação de um modelo de gestão, o SUS, que é pautado pelas seguintes direções – conforme o artigo 198 nos apresenta:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade

Sobre o Sistema único de Saúde, discutiremos a seguir.

1.5 O SUS (LEGISLAÇÃO, PRINCÍPIOS, DIRETRIZ E ORGANIZAÇÃO)

Sendo criado pela Constituição Federal de 1988, o SUS (Sistema Único de Saúde) consolida como complementação de ações, atividades e serviço de saúde praticado por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais e, de forma complementar, as entidades de iniciativa privada. (COHN, 1994).

Para tanto, o SUS é regulamentado pela Constituição Federal de 1988; a ementa Constitucional 29 de 2000; e pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990. O Art. 198, da Constituição Federal de 1988, determina os mínimos a serem usados no âmbito da saúde e o modo como devem ser distribuídos. (NOGUEIRA, 2009).

Segundo Cunha (1998), para que pudesse ser implantado efetivamente o SUS, o Ministério da Saúde encarregou-se de elaborar Lei Orgânica da saúde que foi aprovada em 1990, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro, onde esclarecia as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Cabe mencionar os obstáculos do ideário neoliberal, que buscaram se sobrepor às garantias constitucionais, seja no desmonte da Seguridade Social, seja ao barrar a regulamentação da Lei 8080/90, especialmente no que tange ao veto do então presidente Collor de Mello aos espaços de participação popular na gestão do SUS – sendo dessa forma necessária a promulgação da Lei 8142/90.

Assim, nessa nova condução da Saúde, o Estado deve aplicar 12% da sua arrecadação na saúde. Esta porcentagem recai sobre os seguintes impostos: ICMS, IPVA menor imposto de natureza estadual, quota parte do FPE, do IPI (Exportação), IRRF e receitas da Dívida Ativa Tributária (impostos, multa, juros e correção).

Os municípios devem aplicar 15% da sua arrecadação em saúde, recaindo sobre os impostos: ICMS, IPTU, imposto de natureza municipal, parte do

FPM, do ITR, quota parte do ICMS, do IPVA e do IPI e receitas da Dívida Ativa Tributária (impostos, multa, juros e correção).

Os Estados e municípios devem investir uma menor quantidade em relação à Federação. Esses valores devem ser gradativamente aumentados no que se refere à saúde para que possa atingir o percentual desejado.

Todo e qualquer recurso da saúde deve ser depositado no Fundo de saúde, podendo estes somente ser investidos em ações e serviço de saúde. O Fundo Municipal de saúde pode ter várias contas, mas o CMS (Conselho Municipal de Saúde) deve estar ciente de todas e fiscalizá-las mensalmente. O FMS (Fundo Municipal de Saúde) com recursos, exige instrumentos de administração que possibilitem os investimentos de modo otimizado, controlado e transparente.

Os principais instrumentos de gestão são, a saber:

- plano municipal de saúde:
- orçamento público
- plano de aplicação;
- relatório de gestão trimestral e anual.

O Art. 35 da lei 8080/ 90 dispõe sobre os critérios de repasse e distribuição de recursos:

Perfil demográfico da região,
Perfil epidemiológico da população;
Características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
Desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
Níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
Previsão do plano quinquenal de investimento da rede;
Ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. (LEI 8080)

Os princípios básicos que norteiam o SUS são:

Universalidade: todas as pessoas devem ter acesso garantido às ações e serviços de saúde com igualdade, sendo de responsabilidade do Poder Público dar condições para que esse direito possa ser exercido, isso só acontece com a implantação do SUS.

Integralidade: baseado na compreensão de que os usuários devem ser atendidos em todas as suas necessidades por terem direito a saúde, assim também

como deve haver inclusão entre as ações preventivas e curativas, mas merecendo maior atenção as preventivas.

Equidade: não se compara com igualdade, mas sim com o respeito às diferentes condições e necessidades da população, devendo estar atento para as desigualdades, assim também como fazer uso da realidade de cada comunidade para que possa definir as prioridades na distinção de recursos e na determinação de programas a serem realizados.

Descentralização: significa compartilhar o poder, como distribuir o poder recursos, como também redefinir as atribuições de capacidade de cada esfera de governo. Assim o município passa a assumir competências que e serviços hora feita somente pelo governo estadual ou federal.

Regionalização: calcula que as ações de saúde devem ser reformuladas a principio partindo de regiões estabelecidas desde o município, passando pelo estadual ou até federal.

Hierarquização: pressupõe se que as ações sejam unidas entre si de maneira hierarquizada, desde o nível de atenção primário, até mesmo que alcance o nível de média e também alta complexidade.

Direito às informações: que todas as pessoas tenham acesso garantido às informações sobre os direitos a saúde, assim também como toda a comunidade, como serão organizados os serviços e como será a maneira de poder utilizá-los.

Participação da comunidade: toda sociedade deve participar do planejamento, na avaliação e na fiscalização dos serviços de saúde, de maneira ordenada, como os conselhos municipais, regionais e locais de saúde.

Como argumentam as autoras Mioto (2004 a), e Nogueira (2002 a, b, 2003, 2004) o processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS – foi caracterizado por controvérsias, que mostravam interesses contrários a sua solidificação, como política pública comprimida na universalidade, equidade, integralidade, participação da população e dever do Estado, assim também como dificultoso torna-se construir modelos assistenciais seguros no conhecimento ampliado de saúde, sendo este conhecimento o alicerce fundamental para o processo para programar-se o próprio SUS.

As autoras salientam ainda a inserção do Serviço Social no que se refere ao campo da saúde, redimensionando a ação profissional às diretrizes do SUS,

sinalizando assim para instauração dos parâmetros de atuação do assistente social no âmbito da saúde.

2 O SERVIÇO SOCIAL E SUA PROFISSIONALIZAÇÃO

Neste momento da pesquisa, consideramos relevante uma discussão acerca do Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, com suas especificidades inclusive quando discutido o histórico do seu processo de profissionalização. É forma de se debater os avanços e acúmulos teóricos do Serviço Social ao longo das suas décadas de profissionalização.

Esse tópico se configura também enquanto importante espaço para compreensão da profissão, suas dimensões constitutivas, seus processos de trabalho, seus avanços e por fim, seus desafios. De modo a nos municiarmos com conhecimentos quando mais à frente discutiremos a inserção (e exercício) dessa profissão no contexto da política pública de saúde.

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A GÊNESE DA PROFISSÃO NO BRASIL

Para falar sobre a gênese da profissão de Assistente Social no Brasil, não se pode deixar de citar Yamamoto (2007) quando fala que o Serviço Social só se profissionalizará (tornando uma divisão no processo de trabalho) na década de 1930, acompanhando o desenvolvimento e a necessidade do sistema capitalista. Com o fim da Primeira Guerra Mundial as obras e instituições que apareciam poderia se dizer que eram bases para o Serviço Social.

A autora comenta ainda sobre movimentos operários da década de 1917 a 1921, quando evidenciava a sociedade as demandas da questão social e a urgência para serem solucionadas. Segundo ela, percebia-se então que a profissão começa a se fixar, quando o Estado passou a agir sobre as manifestações da questão social, com a implantação de políticas públicas.

Mas o Serviço Social surgiu e marcou mesmo, com a consolidação do sistema capitalista quando ele se manifestava como monopólio aflorando ainda mais a questão social, estabelecida como um conjunto das desigualdades sociais produzidas na sociedade capitalista sem a intervenção do Estado. A questão social estampava as reais diferenças econômicas, políticas e culturais das classes sociais. (IAMAMOTO, 2007).

Importante saber que o Serviço Social não surgiu de maneira aleatória, ocorrendo, pois, uma reorganização interna do capitalismo, institucionalizando a

profissão, como analisa Netto (1992), constituiu-se em um processo de ruptura, decorrente da condição de assalariado que este profissional assume, desde que se passe a compreender que fazia parte da classe trabalhadora. Assim a profissão é determinada pela trajetória histórica.

Nas décadas de 1920 e 1930, como a economia era vinculada ao mercado mundial, deparava-se com a quebra do comércio internacional, (bolsa de valores de (Nova Iorque) representando um momento importante na trajetória da sociedade brasileira, principalmente a questão social, resultando então na implantação do Serviço Social). (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009).

Segundo Iamamoto e Carvalho (2009), com o desinteresse por parte do Estado sobre a questão social, negava-se a implementação de políticas públicas e escondia-se por detrás de repressão policial para que se mantivesse a ordem social; por outro lado o empresariado fazia críticas à ausência de organizações responsáveis em qualificar trabalhadores aptos ao serviço.

Os autores reiteram que a Igreja católica aliada com a burguesia não reconhecia a questão social, mas Leão VIII estabeleceu normas para que a Igreja assumisse a questão social adequando projetos corporativos para que se fizesse uso de liberdades constitucionais com propósito de conseguir o maior número de fiéis.

Só em 1936 (Estado Novo), comentam os autores, foi implantado o novo modelo corporativista às organizações assistenciais e previdenciárias. Definem o processo de industrialização e de adequação social urbana como instrumentos de controle social e político dos departamentos governados e também como administração e controle de efeitos econômicos e conflitos sociais.

Pode-se relacionar sem sombras de dúvidas o aparecimento do Serviço Social com as aflições de ordem burguesa, deixando seqüelas suficientes para que se contextualize histórica e socialmente, tornando indispensável a emergência do Serviço Social como profissão. (NETTO, 2011).

Netto (2011), narra que “o deslocamento altera visceralmente, concretizando a ruptura, é, objetivamente, a condição do agente e o significado social da sua ação; o agente passa a inscrever-se numa relação de assalariamento e a significação social do seu fazer passa a ter um sentido novo na malha da reprodução das relações sociais”.

Neste momento o autor define que neste sentido o Serviço Social passou a se integrar como profissão, introduzindo-se no mercado de trabalho com resultados decorrentes desse meio, principalmente tornando-se vendedor da sua força de trabalho.(NETTO, 2011).

2.2 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA E EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Como narra Iamamoto e Carvalho (2009) partindo do princípio de que o movimento Laico desenvolvia as escolas de trabalho social e as protoformas da profissão, as situações da época e as questões sociais demandavam no momento a intervenção do profissional Assistente Social e não denotava só uma ajuda ou de filantropia, expressavam claramente a propagação da Ação Social, comandada pela igreja.

O CEAS – Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo - despontou como pioneiro das manifestações católicas em 1932, e com objetivo da igreja católica de evangelizar a classe trabalhadora, quando assumiu o ideal de defrontar a questão social dando início oficial ao Curso Intensivo de Formação Social para Moças, impulsionado pela Cônegas de Santo Agostinho. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2009).

O Serviço Social sendo considerado tão somente como questão moral e religiosa não era abordado na luta de classes mesmo sendo fundamento de sua existência, era reconhecido como determinante do bem comum e media de forma sociável as conseqüências da questão social. (IAMAMOTO, 2007).

Chama a atenção ainda quando fala sobre a implantação do Serviço social no Brasil, também em 1935, quando se criou o Departamento de Assistência Social do Estado, a seção de Assistência Social em 1938, em 1936 o CEAS fundou-se a primeira escola de Serviço Social que já não era mais exclusividade da Igreja católica, pois o Estado já não via mais como uma missão social.

Iamamoto (2007) discorre sobre os Campos de atividades das primeiras Assistentes Sociais no Brasil:

[...] as atividades desenvolvidas pelos Assistentes Sociais serão bastante restritas, em função tanto do raio limitado de atuação dos órgãos públicos de Serviço Social, como da incapacidade das instituições particulares de assistência em se constituírem em base eu tornasse viável a política de encaminhamentos, elementos essencial do Serviço Social de casos individuais naquele momento. (p. 189-190)

Evidencia o autor que o Serviço Social surgiu como se sabe no bloco católico e por longo tempo manteve o monopólio da formação de agentes sociais especializados, mas a autora acredita que a vocação da assistente social insere-se em um contexto mais humano quando ensina que,

[...] “a tutela social que irão estabelecer em relação à população cliente será vista pelos Assistentes Sociais como um ato de humanismo, despido de cidadania histórica e social, como necessidade natural e crista. Ido mais além a autora enfatiza que “dentre as características especiais que a profissão necessitara manter, a vocação pessoal tem um papel determinante”.

Dessa forma, mesmo a profissionalização ficando associada às necessidades do Capital (como defende a vertente histórico - crítico representada por Lamamoto e Netto) ficou caracterizada inicialmente uma atuação marcada pela proximidade dos pressupostos católicos, com bases num humanismo conservador.

Outro autor que se destaca é NETTO (2007), quando define o surgimento do Serviço Social como profissão a partir [...] “das intercorrências do conjunto de processos econômicos, sócio-políticos e teórico-culturais que tangenciamos nas ações precedentes que instaura o espaço histórico-social”. (p. 69)

Netto (2007) afirma ainda que “a criação de mercado nacional para os assistentes sociais tem seu modelo provocado em meados dos anos quarenta [...] implementados no acaso do Estado Novo”. (p. 119/120)

Conforme Netto (2007), até a metade da década de sessenta o Serviço Social não alegava debate de distinção, mas com a ruptura do Serviço Social torna suas base leigas, a partir das condições expostas à formação e ao desempenho profissional “pela autocracia burguesa conduziram ao ponto culminante”. (p. 69)

O autor define “que os princípios integrantes da renovação do Serviço Social foram às circunstâncias críticas teóricas referidas à profissão e de um

significativo debate teórico-metodológico”. Que por sua vez estão “vinculados à inserção profissional no circuito universitário”. (NETTO, 2007, p. 69)

Ainda, relata que a partir da década de oitenta com fortes influências críticas da vertente de MARX, a profissão de Assistente Social começou cogitar a intenção de uma ruptura com o Serviço Social “tradicional”, quando o autor delegou que a renovação no que diz respeito ao Serviço Social era imprescindível para a profissão, alegando as inúmeras transformações já ocorridas nas décadas de 60 e 90, orientando-se pelas “críticas sistemáticas ao desempenho tradicional e aos seus suportes teóricos, metodológicos e ideológicos,” ou seja, “manifesta a pretensão de romper com a herança teórico-metodológica do pensamento conservador quer com seus paradigmas de intervenção social”. (NETTO, 2007)

Netto (2007) repudia a historicidade do Serviço Social como “crônica de processos econômicos, sócio- políticos e teórico- culturais” que conclui o espaço teórico-social responsável pela argumentação de tornar o Serviço Social como profissão.

Aborda em pauta a lógica da profissão por ter sido resultado “de um processo cumulativo, cujo ponto de partida focaria na organização de filantropia e tal auge se encontra na progressiva agregação pelas ações caritativas já organizadas”. (p. 70)

Reitera ainda Netto (2007), que esse método estaria envolto por parâmetros teórico-científicos e no afunilamento de instrumental operante de natureza técnica, ou seja, das protoformas do Serviço Social a este enquanto profissão; teses estas inaptas para dar conta de um elemento central do processo sobre o qual se debruça – o fundamento que legitima a profissionalização do Serviço Social.

Para Netto (2007), a maneira como é composto o espaço na rede sócio-ocupacional o Assistente Social é o que determina e leva à constituição profissional, ou seja:

[...] não é a continuidade evolutiva das protoformas ao Serviço Social que esclarece a sua profissionalização, e sim a ruptura com elas, concretizada com o deslocamento aludido, deslocamento possível (não necessário) pela instauração, independente das protoformas, de um espaço determinado na divisão social (e técnica) do trabalho.[...] É somente na ordem societária comandada pelo Monopólio que se gestam as condições histórico-sociais para que, na divisão social (e técnica) do trabalho constitua-se um espaço em que se possam mover praticas profissionais como as do assistente social.

Nestes termos pode-se tirar a tese ostentada pelo autor Netto (2007) quando alega “a profissionalização do Serviço Social não se relaciona decisivamente à ‘evolução da ajuda’ a ‘racionalização da filantropia’ nem à ‘organização da caridade’; vincula-se à dinâmica da ordem monopólica”. Só a partir de então se pode afirmar:

[...] a atividade dos agentes do Serviço Social pode receber, publica e socialmente, um caráter profissional: a legitimação (com uma simultânea gratificação monetária) pelo desempenho de papéis, atribuições e funções a partir da ocupação de um espaço na divisão social (e técnica) do trabalho na sociedade burguesa consolidada e madura; só então os agentes se reproduzem mediante um processo de socialização particular juridicamente caucionada e reiterável segundo procedimentos reconhecidos pelo Estado.

A organização no mercado de trabalho para o assistente social pelas vias das políticas sociais do Estado burguês no capitalismo monopolista deixa brechas para se entender duplamente continuidade e ruptura que distinguem a profissionalização do Serviço Social.

Mas IAMAMOTO (1983) afirma que o Serviço Social, enquanto profissão, em seu vigeno ideo-política original “tende ao reforço dos mecanismos do poder econômico, político e ideológico, no sentido de subordinar a população trabalhadora às diretrizes das classes dominantes em contraposição à sua organização livre e independente”, comprovando evidentemente a união entre o Serviço Social e o protagonismo proletário.

2.3 PROCESSOS DE TRABALHO NO SERVIÇO SOCIAL

Ao discutir e refletir sobre a atuação do Serviço Social num lócus específico - no nosso caso, a política pública de saúde – convém anteriormente discutir, numa perspectiva mais ampla, os processos de trabalho do Assistente Social tendo por lógica compreender as etapas do trabalho desse profissional: seu objeto, seus instrumentos e seus resultados.

Para tanto, nos utilizamos prioritariamente das elaborações teóricas feitas por Iamamoto (2013) que refletem sobre a categoria marxiana do trabalho à luz do Serviço Social. Adentrando ainda sobre a polêmica interna de que seria ou não o Serviço Social considerado trabalho, já que não produz riqueza, mas a autora argumenta que é trabalho sim, apesar de ser improdutivo.

Como propostas curriculares em discussão avaliam-se dois princípios que denotam uma ruptura com o conhecimento principal na década de 1980. Primeiro é fundamentar a questão social como princípio, meio e fim da constituição sócio-histórica do Serviço Social e o segundo fazer apreensão de que a 'prática profissional' é trabalho assim também como o exercício profissional é traçado dentro de um processo de trabalho.

Contudo a autora Iamamoto (2013), discorre sobre a possibilidade de se refazer o currículo para o curso de Serviço Social. Houve várias discussões e debates onde emergiu a seguinte indagação: qual a base que fundamenta a organização do Serviço Social na sociedade e que, por isso, pode usar livremente uma centralidade na formação profissional?

Segundo Iamamoto (2013), para se compreender os fundamentos históricos, teóricos e metodológicos do Serviço Social, é necessário partir da premissa que para se esclarecer a profissão tem-se a necessidade de aprendê-la de duas formas.

Reitera Iamamoto (2013) que num primeiro plano é necessário interpretar Serviço Social como uma profissão socialmente decidida na sociedade brasileira. De outra forma é preciso pensar como o Serviço Social constituiu-se e como também se expandiu de tal maneira nas forças societárias como um aperfeiçoamento do trabalho na sociedade.

Mas ainda segundo Iamamoto (2013), para se pensar na profissão a priori precisa-se compreendê-la como fruto dos sujeitos que a solidificam e a vivem.

Sujeitos estes que juntam saberes, executam sistematizações de sua experiência e somam na criação de uma sabedoria linear, historicamente limitada.

A autora esclarece ainda que para alguns, teriam que ser as políticas públicas o carro chefe para se pensar a fundação do Serviço Social na sociedade, por ser o Assistente Social o profissional que trabalha com políticas sociais, tanto no âmbito público ou privado, sem sombra de dúvida seria esta a principal definição de se constituir a profissão.

Iamamoto (2013) discorre sobre a categoria trabalho, dizendo que ela não surgiu por acaso, pois é uma atividade de cunho fundamental para o homem, como forma de mediação e satisfação de necessidades, perante a natureza e de outros homens. Através do trabalho o homem se sente mais firme como um ser social, logo, diferente da natureza de precipitação de resultados, quando também pode criar instrumentos e meios de execução, características do ser humano, também pelo trabalho o ser humano supre suas necessidades e também inventa novas.

Segundo a autora o ser humano torna-se criador não só como ser que pensa e produz, mas que propaga com lucidez e com razão, com isso o trabalho torna-se uma ação experiente e realizável e não só mística, causa transformações na matéria ou no objeto a ser mudado, tanto no indivíduo, permitindo com isto a descoberta no âmbito de disposições do ser humano.

Mas para Iamamoto (2013) é interessante que se pense o Serviço Social como trabalho, como uma “porta de entrada” um tanto quanto sedutora para que se analise a “prática profissional”, pois na década de 1980, os assistentes sociais conseguiram visualizar as relações das instituições e com isto diferenciar o poder institucional que dinamiza e considera o Serviço Social em relação às políticas sociais, agitação e lutas sociais.

Através do trabalho e por meio dele o homem se sente como um ser sociável e podendo com isto dar respostas ao meio em que vive e a suas carências, já que é o único ser que ao fazê-lo antes foi capaz de projetá-lo e saber se daria certo ou não, pois tendo uma projeção de efeitos concretos ou não.

Chamando a atenção para os instrumentos de trabalho do Assistente Social, poderia se enumerar um “arsenal de técnicas” como: entrevistas, reuniões, plantão, encaminhamentos etc. Porém a discussão é mais intrincada. Quais são os meios de trabalho do Assistente Social? Poderia se dizer que a noção exata de instrumentos como simples apanhado de técnicas se estende para abarcar o saber

como um meio de trabalho, sem o qual o trabalhador esmerado não consegue realizar sua atividade ou trabalho.

Iamamoto (2013) afirma ainda que muito embora o Serviço Social sendo regularizado como profissão liberal na sociedade, ele não acontece como tal. Significando assim que o assistente social não possui condições necessárias para a realização de seu trabalho, financeiros, técnicos e humanos que são molas mestras para que um profissional autônomo possa exercer a sua profissão.

De certa forma, maior parte dos recursos decorrentes para o exercício da profissão como; recursos financeiros e organizacionais são proporcionados pelas próprias entidades empregadoras. A situação do trabalhador assalariado não só ajusta o Assistente Social vinculado à compra e venda de sua força de trabalho, como também adapta sua intercalação socioinstitucional na sociedade brasileira. (IAMAMOTO, 2013).

Iamamoto (2013) ressalta que o Assistente Social não pode realizar seu trabalho sozinho, mas sim fazendo parte de um conjunto interdisciplinar formando assim uma equipe de vários profissionais, detendo sua força de trabalho como aptidão amena, transforma esta em trabalho quando a executa ou a transforma em ação.

Ainda segundo a autora não se pode esquecer que o trabalho do Assistente Social é produto das condições materiais e sociais da classe trabalhadora ou mesmo daqueles que fazem parte do exercito industrial de reserva, interferindo ainda na reprodução da força de trabalho através dos serviços social previamente calculado, planejados com os quais podem ser trabalhadas as áreas de saúde, educação, condições habitacionais, etc.

Sob afirmação da autora o trabalho do Assistente Social não se esgota ao se pensar do trabalho dele em empresas capitalistas, seu efeito no ponto de vista da produção de valores ou de riqueza social por fazer parte de um conjunto de trabalhadores, não produz riqueza, mas faz parte daqueles que a produzem .

Enfatizando ainda Iamamoto (2013) menciona que os esforços têm sido iniciados em favor de desmistificar e sobrepor o sentido de administradora ou fiscalizadora no que diz respeito ao valor da força de trabalho do profissional do Assistente Social. Ainda hoje se perguntam aquelas senhas antigas que o tornavam eficaz na administração e organização dos cidadãos, desempenhando tutela ou paternalismo para que os mesmos possam fazer parte do projeto estabelecido.

Mas segundo lamamoto (2013) como todo trabalho implica em matéria prima ou objeto sobre o qual esta explicito a ação do sujeito, ou melhor, o trabalho exige meios ou instrumentação para que se efetive, em outras palavras todo meio de trabalho requer uma matéria prima ou meio para que se possa acontecer, ficando com isto algumas questões:

Qual o objeto de trabalho do Serviço Social? Como repensara questão dos meios de trabalho do assistente social? Como pensar a própria atividade e/ou trabalho do sujeito? E qual é o produto do trabalho do assistente social? (IAMAMOTO, 2013, p.62).

lamamoto (2013), diz que o objeto de trabalho aqui estudado é a questão social, ela e suas vulnerabilidades que incitam a carência da ação profissional anexas à criança e ao adolescente, ao idoso, à situação de violência contra a mulher, à luta pela terra etc. Sendo essas expressões da questão social a matéria prima e também objeto do trabalho profissional, com pesquisa e conhecimento da realidade é de fato conhecer o próprio objeto de trabalho ao qual deve se investigar ou estimular transformações.

Como o conhecimento da realidade deixando de ser um pano de fundo para o exercício profissional, tornando-se condicionável ao mesmo, dando conta das múltiplas facetas da questão social na sociedade brasileira é dar explicação aos processos sociais que as propiciam e as reproduzem, quando são experimentadas pelos indivíduos em seu cotidiano. Devendo, então, compreender que é com a questão social e suas múltiplas expressões vivenciadas pelos sujeitos é que se dá o trabalho do assistente social.

Normalmente tem-se uma dimensão dos instrumentos de trabalho do assistente social como um “arsenal de técnicas”: entrevistas, reuniões, plantões, encaminhamentos etc. Mas a realidade é mais intrínseca, pois sendo um conjunto de técnicas, destina-se a abranger o conhecimento como meio de trabalho sem o qual o trabalhador não será capaz de realizar seu trabalho. As bases teórico-metodológicas são de fundamental necessidade para o Assistente Social acionar e exercer seu trabalho: contribuindo assim para esclarecer a dinâmica da realidade e para que possa direcionar rumos à ação ao mesmo tempo em que as contorna.

Contudo o conhecimento não é só um sombreado que se sobrepõe superficialmente a pratica profissional, onde se pode ser escusado a qualquer

momento, mas é o meio imprescindível para interpretar a realidade e esclarecer a condução do trabalho a ser executado. Muito embora o Serviço Social seja regulamentado como uma profissão liberal na sociedade, não se executa como tal, pois o assistente social não detém meios necessários para nomeação de seu trabalho que são de ordem financeira, técnica e humana. São meios necessários para que possa ser um profissional autônomo.

Em outros termos, lamamoto (2013) salienta ainda que os recursos ou meios materiais, financeiros e organizacionais indispensáveis ao exercício da profissão só podem ser fornecidos pelas entidades empregadoras, partindo do pressuposto que a condição de trabalhador assalariado não só ajusta o Assistente Social na relação de compra e venda da força de trabalho, mas enquadra a sua inserção sócio-institucional na sociedade brasileira.

Mesmo tendo autonomia na realização de seu trabalho, o profissional de Serviço Social carece de disponibilidade de ações, do Estado e da empresa e entidades que possam viabilizar o usuário ao acesso aos seus serviços, sendo assim a instituição tornam-se essencial ao trabalho do Assistente Social; ela tem por mérito organizar o processo de trabalho ao profissional

lamamoto (2013) chama a atenção ainda pelo fato de que o assistente social não executa seu trabalho isoladamente, mas em conjunto com demais profissionais fazendo parte de um coletivo, sua implantação na esfera do trabalho faz parte de inúmeras especialidades incorporadas simultaneamente para a execução para fins das instituições empregadoras quer seja empresas ou instituições governamentais.

Detendo sua força de trabalho especializada, o Assistente Social só a transforma em trabalho quando consumida ou a põe em ação. Não é por mero acaso que se escolhe esta profissão, não sendo rendosa, já que não gera lucros excessivos, status, prestígio, mas sim uma profissão especial dirigida por méritos e não interesses, envolta em um sentimento oculto, fazendo seu exercício mais do que mero emprego, mas um modo de realizações de projetos pessoais e sociais.

Importante na visão de lamamoto (2013) que as pesquisas realizadas devem tomar por base a instituição Serviço Social, e não focar o sujeito profissional, como também investigar o Serviço Social sob o ângulo dos processos de trabalho, assim como dar-lhe a atenção necessária.

De certa forma pode se dizer que o Serviço Social é visto como uma empresa produtora de treinamentos, que organiza programas de aposentadorias, possibilita benefícios assistenciais e previdenciários, dedica-se a serviços de saúde, faz prevenção de acidentes de trabalho, interferindo também na reprodução da força de trabalho, fazendo uso dos serviços sociais calculados em planejamentos, a partir dos mesmos feitos através de áreas como da saúde, educação, e condições de moradia. Deixando evidente aos que dependem do trabalho, as condições sociais e materiais para sua sobrevivência.

Tendo o Serviço Social um efeito socialmente objetivo e não material, com sua objetividade totalmente social, não fazendo uso de coisas materiais ao realizar seu trabalho, mas principalmente tem que se entender o usuário e sua questão cultural, assim também como sua vida e condição social, captando os seus reais interesses e necessidades.

Como argumenta ainda Iamamoto (2013), que para tal também contamos com o Código de Ética do Assistente Social e nos orienta e nos indica o rumo ético-político, possibilitando uma perspectiva para o exercício da profissão, deixando explícita a necessidade da parceria com o inseparável leque de escolhas, enfatizando a não autonomia em prol de si mesmo.

3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA LITERATURA ESPECIALIZADA

Como forma de adentrarmos ao cerne desse nosso objeto de estudo, propomo-nos neste momento da pesquisa uma averiguação junto às literaturas especializadas, a saber: as discussões teórico-práticas acerca do Serviço Social na política pública de saúde, como forma de sistematizar conhecimentos e refletir sobre o trabalho do assistente social nesse contexto.

Tal discussão é de extrema relevância a medida que se torna necessário refletir acerca do papel do assistente social na política de saúde, um dos campos que mais abriga profissionais do Serviço Social (conforme pesquisa apresentada pelo CFESS, 2005). Lembrando que o Assistente Social é profissional reconhecido na política de saúde, conforme a Resolução CFESS 389, de 29/03/1999 caracteriza.

Para isso nos utilizamos das produções bibliográficas na área do Serviço Social para apresentar pontos de discussão abordados pelos autores no que tange aos processos de trabalho do Assistente Social nesse campo.

Nesse sentido, utilizaremos aqui a pesquisa bibliográfica como forma de coletar relevantes dados para as posteriores considerações que esse estudo se propõe a fazer.

Segundo GIL (2011) e Severino (2007), a pesquisa bibliográfica é aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos como: livros, artigos, teses, etc.

Para o autor escolher o assunto não é o primordial para se iniciar uma pesquisa bibliográfica, mas é imprescindível que o tema seja posto em termos de ser resolvido. Termos estes que requerem “leitura, reflexão e debate”, consequência da vivência acadêmica do investigador.

Utiliza-se de dados ou categorias já trabalhados por outros pesquisadores e devidamente registrados. Os textos tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados, e o pesquisador trabalha a partir de aportes dos autores dos estudos analíticos constantes nos textos. (GIL, 2011, SEVERINO, 2007).

Como forma de delimitar o universo de estudo da nossa pesquisa, escolhemos três eixos de análise os quais pesquisamos em referências bibliográficas do universo do serviço social brasileiro.

Esses eixos atraíram nossa atenção exigindo a realização dessa pesquisa para obtermos respostas acerca de que forma os mesmos são apresentados pelas diferentes produções.

Os eixos escolhidos foram: **a)** objeto de intervenção do Assistente Social na saúde; **b)** os instrumentos de trabalho do Assistente Social na saúde; **c)** os resultados do trabalho do Assistente Social na saúde.

Tal debate (apresentação dos resultados e análises) visam exclusivamente responder ao problema desse estudo, que se materializa na pergunta: “Quais são os processos de trabalho do Assistente Social na política de saúde?”

Assim, oportunizamos aqui nessa monografia uma importante reflexão sobre o trabalho do Assistente Social na saúde pública, evitando que o mesmo caia numa rotina o que compromete o valor da sua intervenção, pois conforme Sugihiro (1999) discorre, “*a prática cotidiana dos profissionais de Serviço Social tem a revelar uma riqueza escondida sob a trivialidade das ações e da pobreza aparente das atividades rotineiras*”.

3.1- OBJETOS DE INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

Conforme abordam Araújo e Bezerra (2005):

O Serviço Social tem na questão social um dos elementos fundante da profissão, uma vez que seus profissionais historicamente trabalham na execução das Políticas Sociais Públicas que constituem respostas às diversas expressões da questão social produzidas pela sociedade capitalista.

O Serviço Social é um trabalho especializado, expresso sob a forma de serviços, que tem produtos: interfere na reprodução material da força de trabalho e no processo de reprodução sociopolítica ou ideo-política dos indivíduos sociais. O Assistente Social é neste sentido, um intelectual que contribui, junto com inúmeros outros protagonistas, na criação de consensos em torno de interesses de classes fundamentais, sejam dominantes ou subalternas, contribuindo no reforço da hegemonia vigente ou criação de uma contra-hegemonia no cenário da vida social. (IAMAMOTO, 2012, p.69)

A partir dos anos de 1990 em decorrência de mudanças advindas entre Estado, economia e sociedade, vem adquirindo relevância o que diz respeito aos direitos do usuário da saúde pública e as normas institucionais do profissional de assistência social que atua nessa área.

De acordo com a Constituição Federal de 1988,

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 a sua promoção, proteção e recuperação”.

A Constituição Federal de 1988, Art.196, aponta um fator decisivo e condicionante da saúde, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Lei nº 8.080/1990, Art. 3º). (BRASILIA; 2010, p. 39)

Pudemos perceber nas literaturas e produções pesquisadas que quando falamos em objeto de atuação do assistente social não deixamos de falar da questão social (e suas expressões) como as principais matérias-primas do seu trabalho.

Como esclarece o trabalho acadêmico de Juliana Adriano (2007):

A importância de se atentar para o fenômeno da questão social reside no fato de que esta se constitui na matéria prima, no objeto de intervenção do assistente social. Assim sendo, **independentemente da área em que atua o profissional as expressões destas questões se evidenciam, cotidianamente, na diversidade de demandas sociais** apresentadas pelos sujeitos que o procura. (ADRIANO, 2007, p. 43) – negrito nosso.

E também o artigo de Bezerra e Araújo, apresentado à “Serviço Social em Revista” da Universidade Estadual de Londrina, no ano de 2005, acrescenta conteúdo nessa discussão – indicando essa linha de raciocínio nos autores que discutem o assunto:

Note-se que os Assistentes Sociais na saúde são legitimados, enquanto profissionais inseridos na divisão social e técnica do trabalho, para operacionalizar as demandas que refletem, em última análise, as expressões da questão social que se manifestam no cotidiano dos serviços públicos de saúde.

Demandas essas que extrapolam as questões referentes às doenças e aos agravos, porque refletem as mazelas que o capitalismo produz e que se traduzem em necessidades de todas as ordens, seja em relação às pessoas que usam o sistema de saúde, seja em relação ao próprio sistema, que reflete em nível micro as questões societárias.

Essa vinculação, entre as demandas que são postas para o fazer do Assistente Social e as expressões da questão social, encontram sentido no fato dessas últimas se constituírem objeto de trabalho fundante da profissão, fornecendo elementos para a efetivação do exercício profissional do Assistente Social.

Assim, tanto Araújo e Bezerra (2005) e Adriana (2007) deram conta de atestar que a desigualdade social – reflexo do processo de acumulação desigual na sociedade capitalista – apresenta uma série de resultados sociais à classe trabalhadora, especialmente no campo da saúde.

Dessa forma, atenta-se para as múltiplas expressões da questão social que se apresentam cotidianamente nos serviços de saúde, representado por trabalhadores lesados fisicamente e, sobretudo, em sua subjetividade. (ADRIANO, 2007, p. 50)

[A desigualdade cria] os sem trabalho, sem comida, sem casa, sem escola, sem terra, sem água, sem saneamento, sem lazer, sem informação, e, conseqüentemente, **sem saúde**. São os acometidos das mais variadas doenças, inclusive daquelas anteriormente afetadas aos setores mais favorecidos, tais como o stress, as doenças do coração, ou, ainda, de doenças há muito erradicado no país, como tuberculose, cólera e dengue. (ARAÚJO; BEZERRA, 2005) **negrito** nosso.

Outra produção que faz menção à questão social, como o objeto de atuação do assistente social na saúde, é a dissertação de mestrado de Marisa Camargo (2009), apresentada à PUC/RS e que tem por tema as configurações do processo de trabalho do assistente social na saúde coletiva.

A autora esclarece:

A institucionalização das múltiplas expressões da questão social como objeto de intervenção dessa especialização do trabalho indica a necessidade de aproximação do Serviço Social com a multidimensionalidade constitutiva da realidade brasileira reafirmando o compromisso ético-político dessa categoria profissional com a leitura crítica da realidade social, bem como com a construção de respostas à essas expressões que se apresentam cotidianamente nos diversos espaços sócio ocupacionais, sob a forma de demandas sociais particulares ou gerais. (CAMARGO, 2009, p.116)

Entretanto, diferente da maioria das literaturas pesquisadas, a autora (CAMARGO, 2012, p. 128) detalha que o objeto de atuação do Assistente Social na saúde é as necessidades sociais dos usuários. Esclarecendo que seu papel não é clínico. Suas atenções dentro do contexto da saúde não envolvem questões médicas ou biológicas, mas sim sociais (condições objetivas de vida dos sujeitos atendidos, suas demandas sociais). Indo em direção do debate da integralidade no qual a saúde não tem a ver somente com ausência de doença – mas também com aspectos mentais e sociais.

Os documentos do CFESS intitulado “Parâmetros de Atuação dos profissionais de Assistência Social na saúde” (2010), também trazem a discussão da questão social (e suas desigualdades sociais) como objeto de atuação do Assistente Social na saúde.

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais. (CFESS, 2010, pp. 34-35)

Há a necessidade do profissional de Serviço Social ter responsabilidade ao fazer o diagnóstico crítico e social da realidade e capaz de identificar as verdadeiras condições materiais de vida, assim também como fortalecer os lugares, estilo, lutas e constituição dos trabalhadores em prol de seus direitos “[...] utilização de técnicas para que haja modificação da realidade e também articulação de formas de coação sobre o Estado, com propósito de garantias e ampliação dos direitos”. (BRASILIA, 2010, p. 31)

Especificamente, em relação a política pública de saúde, a implantação do SUS (Sistema Único de Saúde), nos anos de 1990, vem requerer novas formas de organizações do trabalho na saúde, tais como: a universalização, a descentralização e a participação popular, o que faz com que as ações socioassistenciais constituíam-se como uma das principais demandas aos profissionais de serviço Social. (COSTA, 1998)

Dessa forma, percebe-se na literatura a associação que autores fazem das condições sociais ao nível de saúde da população. Damos assim destaque a apresentação feita por Adriana (2007, p.50), que ilustra bem essa visão de alguns autores:

Frente às profundas transformações históricas e sociais que a sociedade brasileira vem atravessando, ao longo das décadas, observam-se profundas mudanças no quadro epidemiológico, na produção e distribuição social dos problemas de saúde. Assim, evidencia-se para além das desigualdades regionais, um aumento dos problemas de saúde que por sua vez, também se distribuem desigualmente entre homens e mulheres, brancos, negros, amarelos e indígenas, pobres e ricos, jovens e velhos, seja pelas diferentes origens sociais, seja pela desigualdade de acesso às ações e serviços de saúde e demais políticas sociais. Conforme dados do Ministério da Saúde (2006), acerca dos determinantes sociais incidentes sobre a saúde evidencia-se a mudança do perfil epidemiológico no Brasil apresentando em 2003 uma diminuição significativa das doenças infecciosas para 5,2% e aumento das violências (13,5%) e doenças do aparelho circulatório (28,4%). O aumento da violência merece destaque, dado sua estreita vinculação com a pobreza e desigualdade social. Segundo dados da Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS), em 2004, 48.374 pessoas foram assassinadas no Brasil, ou seja, 132 homicídios por dia. Dentre as dez causas de morte no Brasil, o 3º lugar fica para as agressões. Destacam-se também mudanças no modo de vida da população e a incidência de novos riscos à saúde que tornam alvo de preocupação como o tabagismo, hipertensão, sobrepeso, colesterol, falta de consumo de frutas e legumes, álcool, sedentarismo, sexo não seguro, poluição do ar, saneamento e higiene, baixo peso, drogas ilícitas.

Bezerra e Araújo (2005) fazem questão de também abordar na sua produção acadêmica:

Em conseqüência, as expressões da questão social, no setor saúde, vão estar colocadas nos mais variados aspectos, uma vez que se reportar às questões relacionadas à saúde pressupõe uma articulação permanente com seus determinantes políticos, econômicos, culturais e sociais.

Nesse sentido, vale a pena, tal qual o fez Minayo (1986), demonstrar o distanciamento entre a concepção de Saúde preconizada pela VIII Conferência Nacional de Saúde e a realidade que é vivenciada pela maioria da população brasileira. Os dados abaixo revelam o descompasso:

- a saúde resulta das condições de alimentação, no entanto, existem segundo dados do IPEA (1994) 32 milhões de famintos no país;
- a saúde é resultante das condições de habitação, mas os dados indicam que no Nordeste, apenas 58,7% dos domicílios existentes possuem água encanada e rede geral de distribuição; 22,6% possuem esgoto e fossa séptica; 59,7% têm coleta de lixo (IBGE, 2000);
- a saúde resulta das condições de educação, entretanto, 26,6% da população nordestina acima de quinze anos são analfabetas (IBGE, 2000);
- a saúde é resultante do nível da renda da população e, no entanto, de acordo com o Anuário dos Trabalhadores do DIEESE (2001, p.35), no Nordeste, 34,0% dos trabalhadores ganham até 1 salário mínimo, 20,5% de 1 a 2 salários mínimos e 23% não possuem rendimento.
- a saúde resulta do trabalho, ou seja, do número de postos de trabalhos existentes, mas, com base nos dados do IBGE (2000), o Brasil possui cerca de 11 milhões de desempregados, em torno de 15% da população economicamente ativa.
- a saúde é resultante do acesso e posse da terra, entretanto, os fins da década de 90 foram marcados por 1.100 conflitos de terra, numa área de 4.060.181 hectares, envolvendo 76.482 famílias (Anuário dos Trabalhadores, DIEESE/2000-2001).

Os determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais que interferem no processo saúde-doença demonstram que as condições de saúde do povo brasileiro, principalmente na região Nordeste são precárias e criam grandes demandas de atenção à saúde.

As autoras complementam apresentando os desafios da política de saúde e intervenção profissional no contexto capitalista:

Assim, todas as seqüelas oriundas das más condições de vida decorrentes da falta ou da precariedade de trabalho, renda, moradia, alimentação, educação, informação, água, saneamento básico, entre outros, criam grandes contingentes de pessoas miseráveis, famintas, empobrecidas, desinformadas e doentes, que buscam os serviços de saúde trazendo consigo todas as necessidades advindas de um sistema que explora, espolia e abandona cotidianamente seus trabalhadores. (BEZERRA e ARAÚJO, 2005)

De acordo com os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde, os profissionais de Serviço Social, necessitam ter conceitos indispensáveis para atuarem na área da saúde, como: a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade (BRASILIA, 2010).

Segundo Costa (1998) a realidade tende a negar a teoria profissional de que a necessidade e eficiência no modo de atuar dos Assistentes Sociais, fazendo parte da corporação de profissionais que se voltem aos interesses e objetivos da política de saúde no que tange a programar o SUS. Objetivamente em qualquer tipo de atendimento, como em momento de acompanhamento dos usuários, seja pessoal ou em conjunto, no âmbito familiar, institucional e/ ou comunitário, reconhece-se a atuação do profissional de Serviço Social.

Em nossa pesquisa, quando o assunto é o objeto de atuação do assistente social na saúde, verificamos ainda que as produções bibliográficas tragam hegemonicamente uma discussão sobre o quanto o desmonte social prejudica o trabalho do assistente social, e sua intervenção junto a esse objeto.

O discurso das literaturas apresenta as dificuldades de se atuar num contexto neoliberal que privilegia o desmonte de direitos constitucionais, dentre eles o acesso universal à Saúde pública.

Tal reordenamento das políticas públicas, orientada pela perspectiva neoliberal, tem esvaziado seu caráter universal transformando-a em um canal de inclusão excludente a partir do momento em que se exige comprovante de pobreza extrema para se ter acesso aos direitos de cidadania. No campo da Seguridade Social, o conjunto de reformas desencadeadas na década de 90 no Brasil assumiu o papel de reduzir os gastos do Estado com as políticas a ela pertencentes. Especialmente, as áreas da saúde e Assistência Social se viram a mercê de mecanismos internacionais de redirecionamento de suas práticas assumindo segundo plano na agenda do governo cuja principal tarefa é o liquidez da dívida externa, contando com isso com a redução das receitas destinadas as políticas públicas, em especial das políticas sociais. Contribuiu para essa tendência o refluxo dos movimentos populares ligados à defesa dos ideais sanitaristas favorecendo a atuação de grupos vinculados ao ideal privatista. (ADRIANO, 2007, p. 49)

A produção de Camargo (2009, p. 121-122) também aborda esse fator, evidenciando um tema em pauta nas literaturas que tratam da política de Saúde e Serviço Social (afinal, é recorrente tratar que as frágeis relações no mundo do trabalho e o desmonte dos direitos sociais se encontram enquanto os maiores desafios do Serviço Social contemporâneo):

Pautadas sob o signo da privatização são restringidas as responsabilidades público-estatais e os recursos orçamentários destinados à atenção das necessidades sociais, desmontados direitos historicamente conquistados e radicalizadas as desigualdades sociais.

Dessa forma, podemos concluir que a pesquisa e análises das bibliografias demonstram o objeto de atuação do Assistente Social na saúde é centrado na questão social (e suas expressões). Deixando claro que as condições de exclusão e desigualdade social produzem severas seqüelas à classe trabalhadora.

Conforme ilustra a elaboração reflexiva de Bezerra e Araújo à Revista eletrônica da UEL, em 2005:

Assim, todas as seqüelas oriundas das más condições de vida decorrentes da falta ou da precariedade de trabalho, renda, moradia, alimentação, educação, informação, água, saneamento básico, entre outros, criam grandes contingentes de pessoas miseráveis, famintas, empobrecidas, desinformadas e doentes, que buscam os serviços de saúde trazendo consigo todas as necessidades advindas de um sistema que explora, espolia e abandona cotidianamente seus trabalhadores.

Esclarece-se, entretanto conforme Camargo (2012), que no campo da saúde o Serviço Social atua nas condições sociais dos sujeitos. Não tendo por objeto intervir diretamente em outros campos, tais como o médico, clínico, biológico (sendo este prerrogativa de outros profissionais da Saúde, com formação específica para isso: médico, biomédico, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, etc.).

Tal debate se centra no cerne da Reforma Sanitária, que amplia o conceito do que é saúde para além da ausência de doença. Definindo, assim, a saúde como o acesso a uma série de condições sociais mínimas que garantam o bem-estar

físico, mental e social da população – no relatório final da VIII Conferência Nacional da Saúde, a saúde passa a ser definida como o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde e, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes.

Os autores também abordam que no contexto da política pública, o assistente social – na sua condição de trabalhador da saúde pública – sofre as conseqüências de se atuar num contexto institucional precarizado.

Nesse contexto, *“o fazer dos profissionais que atuam no setor saúde é permeado, cotidianamente, por impasses e dilemas que extrapolam o saber e o querer fazer e interferem na resolutividade do serviço prestado.”* (BEZERRA e ARAÚJO, 2005)

O Assistente Social é profissional com capital intelectual que, por meio da atuação institucional, visa intervir na realidade. Quando falamos em questão social, sabemos que o mesmo encontrará desafios na sua transformação. Entretanto o mesmo se apropria dos seus valores profissionais (explicitados no seu projeto ético-político profissional), buscando atender a população que dessa política necessitar.

Entender os desafios (que são muitos) e não se acomodar às limitações de um ambiente permeado pelo conservadorismo neoliberal se constitui enquanto importante tarefa desse profissional no contexto da saúde. Afinal *“não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um conjunto de atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social”* (CFESS, 2010, p. 31).

Dessa forma, deve-se ter claro ao profissional do Serviço Social de que o acesso a Saúde é um direito social (e humano) vital, sendo necessário possibilitar o alcance universal dos serviços de saúde – seja para os que podem pagar por ele, seja para os que não podem pagar.

3.2 HABILIDADES E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

Quando abordamos acerca das habilidades e estratégias de atuação do assistente social, estamos nos referindo aos conhecimentos e os instrumentos de trabalho desse profissional (conforme IAMAMOTO, 2012, p. 62).

Nesse sentido, buscamos dentre as produções alvo de nossa pesquisa bibliográfica atentar para os apontamentos dos autores acerca dos instrumentos de trabalho do Assistente Social. Com ênfase, além do arsenal de técnicas, aos saberes necessários desse profissional nesse campo, afinal Yamamoto (2012, 62) aborda o conhecimento como um meio de trabalho.

Dessa forma, devem-se entender as bases teórico-metodológicas como recursos essenciais que o Assistente Social aciona para exercer o seu trabalho, contribuindo para a leitura da realidade e imprimindo rumos às ações na Saúde.

Só com essa postura e saberes, o Assistente Social consegue romper com a imediatividade do exercício profissional e olhar a realidade numa perspectiva totalitária – e crítica.

Para Marcondes (2004, 12), apud. (Miotto, Nogueira) a informação social tem papel importante, pois para o autor: “provavelmente o que fará diferença para a promoção da saúde ser instrumento do neoliberalismo ou da igualdade social, de fato seja a participação social. Com ela é que podemos enfrentar a polissemia da “qualidade de vida”, a fim de removê-la da retórica vazia que atende os interesses privados na saúde.

Dada essas premissas, entendemos que esse debate deve permear as produções bibliográficas especializadas, sob forma de indicar aos leitores a necessidade de uma intervenção profissional embasada e crítica.

Inicialmente, como já mencionamos acima, o Assistente Social depende de recursos previstos nos programas e projetos da instituição que o requisita e o contrata, para exercer o seu trabalho especializado. Assim, parte dos meios ou recursos materiais, financeiros e organizacionais necessários ao exercício desse trabalho são fornecidos pelas entidades empregadoras. Dependendo da instituição empregadora revela limitações estruturais, a medida que, como tratamos, a política pública de saúde reflete incontestavelmente um caminho político-econômico de cunho neoliberal, no qual o Estado se torna mínimo e precariza as políticas sociais.

Indo nessa direção, a produção de Camargo (2009, p. 144-145) argumenta:

O fetichismo do capital e das relações sociais produzidas no mundo do trabalho na sociedade capitalista contemporânea atinge também os elementos que mediatizam a intervenção profissional do assistente social na saúde coletiva, requisitando-lhe cada vez mais um domínio instrumental com clareza de direção social e dos resultados a serem alcançados. Associado às demais categorias profissionais que participam do processo de trabalho nos diversos espaços sócio-ocupacionais nos quais se insere, o assistente social direciona sua ação profissional às expressões da questão social atuando na defesa dos direitos sociais e dos interesses das classes subalternizadas, contribuindo para a construção de estratégias de resistência ou consolidação do projeto societário hegemônico, dependendo dos diferentes contextos históricos.

A autora ainda aborda, enquanto uma habilidade do Assistente Social na saúde, a necessidade do trabalho consciente e crítico:

*que constrói, mobiliza e efetiva estratégias garantidoras do acesso ao direito social à saúde, assim como às ações intersetoriais, bens e serviços a ela concernentes, aspectos convergentes entre o projeto profissional do assistente social, com os pressupostos da saúde coletiva e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). (CAMARGO, 2012, p. 147).

Tratando de uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da Saúde, a produção do CFESS (2010, p.30) apresenta os seguintes pontos:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;

- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

Embora se torne consenso a necessidade de conhecer os princípios e diretrizes do SUS, materializado nas legislações e normas, quase nenhuma obra fez questão de deixar isso claro nos textos lidos para a presente pesquisa.

Outra estratégia de atuação do Assistente Social na saúde se refere à interdisciplinaridade nas ações. Com destaque a o que Bezerra e Araújo (2005) chamam de função subsidiária à prática médica

A inserção do Assistente Social no HUAB, tal quais os demais hospitais do Complexo, também se dá de forma subsidiária e dependente, principalmente à prática médica, não descartando, no entanto, a importância desse profissional na divisão do trabalho em saúde no que se refere às mediações entre o Hospital e o enfermo, sua família e a comunidade.

É necessário pontuar que no trabalho interdisciplinar a relação deve ser horizontal entre as profissões, não existindo hierarquia ou superioridade de uma profissão sobre a outra.

Autores como Adriano (2007) e Souza (2004) apresentam o “Plantão Social” como estratégia de intervenção desenvolvida no serviço social na saúde – especialmente na atenção básica (UBS). O plantão social visa atender as demandas emergenciais da população usuária da unidade no momento em que elas aparecem, tendo em vista a articulação dos serviços de saúde com as demais políticas setoriais e a efetivação da perspectiva de atendimento integral priorizando a promoção da saúde, tal como rege o SUS.

No *rol* das técnicas, a dissertação de Camargo (2009 p. 136) apresenta a “escuta qualificada” e o processo de acolhimento dos usuários como importantes no trabalho do assistente social na saúde.

Como ações interligadas, a escuta é o que torna possível exercer as habilidades necessárias ao uso das técnicas de “acolhimento, questionamento, clarificação, reflexão, exploração e aprofundamento, silêncio sensível, apropriação do conhecimento e síntese integrativa entre tantas outras que existem e as que ainda serão criadas (LEWGOY; SILVEIRA, 2007, p. 240). A realização da escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, de modo a proporcionar o atendimento humanizado e viabilizar o estabelecimento do vínculo entre profissionais e usuários é uma das atribuições globais da equipe multiprofissional na atenção básica em saúde descritas pela Portaria nº 648/2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Pensar em instrumentais no Serviço Social é pensar em subsídios à profissão. Normalmente “instrumentais” dá uma conotação de um leque de técnicas, tais como: entrevistas, reuniões, plantões, encaminhamentos, diagnóstico social, etc, os quais estão relacionados aos meios de trabalho do assistente social.

Os instrumentais técnicos operativos não estão inseridos apenas nas fichas de triagem, visitas domiciliares, encaminhamentos, etc., mas também atualmente faz parte de uma perspectiva dialética, dando crédito na dinâmica social, pois a sociedade não é homogênea e sim sujeita a modificações.

Ainda em relação a instrumentalidade, faz-se necessário o conhecimento por parte dos Assistentes Sociais dos direitos sociais dos cidadãos. Para Guerra (2004), objetivamente, o “Para que” da profissão, só se torna compreensível, se iluminada por uma racionalidade (como forma de ser e pensar), que seja dialética e crítica, conectada à capacidade de responder eficazmente às demandas sociais.

Há necessidade de dominar um repertório de técnicas, legada do desenvolvimento das ciências sociais, fruto das pesquisas e do avanço tecnológico e patrimônio das profissões sociais (e não exclusividade de uma categoria profissional), mas também de um conjunto de estratégias e táticas desenvolvidas criadas e recriadas no processo histórico, no movimento da realidade (GUERRA, 2000).

Outros fatores a serem considerados dentro da instrumentalidade são: a observação sensível da realidade, entrevistas, relatórios e visitas domiciliares. O profissional atua como mediador entre os serviços disponibilizados/prestados pelas instituições privadas ou públicas (e as necessidades do usuário ao buscar atendimento). (CARDOSO, 2008).

Frente a esse cenário, o assistente social deve estar em contínua reformulação em seus conhecimentos, fazendo uso de pesquisas e intervenções profissionais suficientes, enérgica e crítica, sustentada na Política Nacional e perspectivas inovadoras relacionadas à Lei da Regulamentação da Profissão, sancionada em 1993.

Os Parâmetros do CFESS (2010, p. 42), discorrem sobre a visita domiciliar e sua importância na ação do assistente social na saúde:

As visitas domiciliares são importantes instrumentos a serem utilizados por assistentes sociais porque favorece uma melhor compreensão acerca das condições de vida dos usuários, que envolvem a situação de moradia (residência e bairro) e as relações familiares e comunitárias. Portanto, faz com que o profissional, a partir do conhecimento da realidade do usuário, tenha mais elementos para buscar o alargamento dos direitos sociais que podem ser acessados por esse usuário.

De forma didática, a produção do CFESS (2010) pontua nas páginas 44 e 45 as principais ações a serem desenvolvidas pelo Assistente Social na saúde:

- democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
- enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
- facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;
- conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;

- organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
- formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;
- elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
- buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;
- emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009.

Menciona-se que o CFESS (2010, p. 44) esclarece ainda que algumas estratégias podem se tornar equivocadas dentro da profissão:

Não cabe ao profissional de Serviço Social se utilizar no exercício de suas funções de terapias individuais, de grupo, de família ou comunitárias, mas sim potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais.

Em termos de análise da realidade, os saberes e conhecimentos teórico-metodológicos no Serviço Social apontam para uma leitura crítica da realidade. Tendo por enfoque a teia das relações por trás da saúde pública no Brasil.

Nesses termos, a produção do CFESS (2010, p. 35) afirma:

A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos. As competências e atribuições dos Assistentes Sociais, nessa direção e com base na Lei de Regulamentação da Profissão, requisitam do profissional algumas competências gerais que são fundamentais à compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa sua intervenção, a saber:

- apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;

- análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;
- compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
- identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996).

São essas competências que permitem ao profissional realizar a análise crítica da realidade, para, a partir daí, estruturar seu trabalho e estabelecer as competências e atribuições específicas necessárias ao enfrentamento das situações e demandas sociais que se apresentam em seu cotidiano.

Sobre essa discussão a dissertação de Camargo (2009, p. 141) acrescenta:

A apropriação do objeto de trabalho do Assistente Social não deve partir exclusivamente da demanda instituída pelo espaço sócio-ocupacional, mas da releitura profissional crítica dessa demanda, mediada pelos princípios que regem seu projeto profissional e dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de um processo de aproximações sucessivas que visem à efetivação de ações de promoção da integralidade, da interdisciplinaridade, da intersetorialidade e da participação popular, cujo resultado deve ser o de superação da fragmentação das políticas sociais nas várias áreas onde são executadas.

Concluimos que a literatura pesquisada aborda caminhos de uma leitura crítica da realidade baseada em saberes e conhecimentos do profissional acerca da realidade que cerca a questão da saúde pública no Brasil.

O conhecimento é um meio de trabalho que compõe o rol de instrumentos de trabalho do assistente social em qualquer campo, dentre eles a saúde. Para conhecer a realidade é necessário um trato teórico e metodológico, base para uma leitura aprofundada da realidade – superando a pseudoconcreticidade dos fatos (KOSIK, 1976).

Somente com uma leitura da realidade clara e crítica, é possível intervir na realidade de modo eficaz, por meio de instrumentos e técnicas. A mera execução de visitas, relatórios e reuniões, não têm fundamento se não estiver embasada numa leitura aprofundada do contexto que se pretende intervir.

Assim, a política de saúde exige que o Serviço Social tenha uma postura investigativa e conhecedora das teias de relação envolvendo a saúde pública no Brasil, o que reflete consideravelmente na vida dos sujeitos (público-alvo) da sua intervenção.

Autores apresentam o “Plantão Social” como estratégia de atuação, especialmente na atenção básica. Tal demanda emergencial sugere um perigo em se atuar meramente na imediatividade dos fatos, não rompendo com o histórico conservador profissional.

A interdisciplinaridade também se apresenta nas literaturas como importante estratégia de ação do assistente social na saúde. Para tanto, se organiza o trabalho englobando diferentes profissões e saberes (médico, assistente social, psicólogo, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, biomédico, etc.) visando aliar a integralidade da atenção à saúde (físico, mental e social).

A produção do CFESS funciona como uma cartilha que define parâmetros claros para a atuação do Assistente Social na saúde, com ênfase na discussão sobre os conhecimentos e instrumentais necessários para isso.

3.3 Os RESULTADOS DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

Por fim, nossa análise chega ao ponto de discutir o que as literaturas pesquisadas trazem sobre os resultados do trabalho do Assistente Social na saúde, numa lógica bem simples de tentar compreender o que se espera desse profissional nesse campo.

Martinelli (2007) chama-nos a atenção para o fato de que o Assistente Social deve agir amparado nos princípios que consolida a profissão, assim também como nas diretrizes políticas que fundamentam o Serviço Social na área da saúde. Assim fará uso de uma ética exercida aos direitos, tenha visto consolidar os direitos de cidadania aos usuários de hospitais e familiares, como também dos próprios atores da saúde.

Assim, inicialmente podemos entender que cabe ao Assistente Social ser agente de viabilização do direito social ao que dele necessitar. Lembrando que longe de ser uma ajuda, a atenção pública a saúde se configura enquanto um direito social respaldado pela Constituição Federal de 1988, e materializado pelo Sistema Único de Saúde – conforme a regulamentação da Lei Federal 8.080/90.

Para Cohn, Nunes, Jacobi, Karsch (1991), porém a Política de Saúde no país limita-se a restrição das necessidades de atendimento médico aos usuários, não levando em consideração as deficiências decorrentes do meio em que vivem como: nutrição, habitação e educação, impondo limites à assistência médica.

Para eles (usuários) a saúde é demonstrada pela qualidade de vida e manifestada pelas precisões no atendimento médico, transparecendo o momento de necessitar da qualidade da cura para a doença, procurando assim atendimento só mediante a doença, e não para manutenção da saúde. (COHN, NUNES, JACOBI, KARSCH, 1991)

A “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”, parte do princípio consagrado na Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 196, de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, institui, a saber, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006):

- * que todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando um atendimento mais justo e eficaz;
- * que ao cidadão é assegurado o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados;
- * que ao cidadão é assegurado atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando a igualdade de tratamento e uma relação mais pessoal e saudável;
- * que ao cidadão é assegurado um atendimento que respeite os valores e direitos do paciente, visando preservar sua cidadania durante o tratamento.

Conforme Costa (1998), a objetividade do trabalho do assistente social, na área da saúde é executar o papel particular, buscando firmar o elo “perdido”, estilhaçado pela burocratização das demandas, mesmo internamente entre níveis de prestadoras de serviço de saúde, bem como sobre tudo entre as políticas de saúde e demais políticas sociais e/ ou setoriais.

Os princípios da Política Nacional de Saúde Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, encaminham a luta na batalha pela vida, comprometendo-se pela estruturação de práticas populares ajustadas com as carências sociais da população.

Silva (1996) aborda, sobre o papel que o cidadão deve exercer, sendo conhecedor de direitos tornando a luta pela cidadania irrigada de benefícios e direitos adquiridos, mesmo tendo conseguido as leis, sua luta não se extingue, pois

competete ainda fiscalização para que possa ser executada de forma justa com igualdade.

Na produção de Adriano (2007) encontramos uma lógica clara a qual se espera do assistente social na saúde: o papel de mediador da população usuária da saúde com as demais políticas setoriais, essencialmente, da assistência social e previdência na perspectiva da integralidade de ações.

Como já mencionado neste trabalho, a importância da atuação do Assistente Social no âmbito da saúde encontra respaldo na concepção ampliada de saúde que considera como determinantes da saúde os aspectos sócio-econômicos e culturais da população. Assim o profissional aparece nos serviços e ações de saúde como mediador da população usuária da saúde com as demais políticas setoriais, essencialmente, da assistência social e previdência na perspectiva da integralidade de ações.

Dentro das ações do Serviço Social na saúde destaca-se sua intervenção no plantão social, uma vez que, neste espaço, a profissional lida com as mais diversas expressões da questão social. Será justamente a respeito da intervenção neste espaço que o Capítulo 3 irá abordar, juntamente com exigências e desafios da profissão a *fim* de materializar as premissas do projeto ético-político assumido pela categoria na contemporaneidade. (ADRIANO, 2007, p. 50).

Para Souza (2004), os resultados esperados da atuação do Assistente Social é a humanização no atendimento:

Incluindo a questão da deficiência da saúde e a necessidade de recursos à sobrevivência, encontramos o usuário carente de atenção, de individualidade, de valorização e de respeito à sua dignidade enquanto pessoa. Acolher esse usuário torna-se essencial dentro da proposta do SUS de humanizar o atendimento na saúde, e da proposta do projeto ético político do Serviço Social, que prevê o atendimento de cada pessoa na busca e na conquista da equidade, da democracia e justiça social.

Quando o Assistente Social acolhe esse usuário chamando-o pelo nome, cumprimentando-o cordialmente, e recebendo-o na porta, está fazendo um atendimento único e individualizado, abrindo espaço para que o usuário se expresse livremente e com confiança.

De fato, como aborda Ortiz (2010, p. 138) a imagem social do Assistente Social ainda é a face humana da instituição, a voz mansa que aconselha e esclarece. Inclusive nos momentos de tensão, o mesmo é chamado para apaziguar

os ânimos – um resgate a visão tradicional da Assistente Social enquanto a “moça boazinha”. Nessa perspectiva crítica a autora conclui:

O Serviço Social atuará, então, no sentido de aplinar as arestas; individualizar os casos, propiciar alguma solução paliativa como satisfação às demandas; jogar para frente o problema insolúvel, se encarado em seu conjunto, em sua manifestação social, nos limites do modo de produção vigente.

Bezerra e Araújo (2005), na sua produção acadêmica, apresentam um quadro com os resultados esperados pelo assistente social do Complexo Hospitalar pesquisado:

- Esclarecer aos acompanhantes sobre a relação usuário/ família e usuário/ hospital (direitos, deveres, normas e rotinas, etc)
- Esclarecer e orientar sobre o quadro clínico do interno
- Interpretar as prescrições e orientações dos médicos e demais profissionais
- Tratar com os familiares o horário estabelecido para as visitas
- Solicitar o uso de eletrodomésticos (TV, ventilador)
- Reclamar sobre consultas que não foram realizadas
- Solicitar a marcação de exames de alta complexidade
- Solicitar vagas em outros hospitais, quando lota a capacidade
- Solicitar ambulância para hospitais de urgência
- Tratar dos problemas das pessoas sem meios de transporte para locomoção
- Resolver problemas de pessoas sem condições financeiras para garantir refeição ou pernoite
- Pedir aos médicos o preenchimento de receitas controladas
- Orientar as pessoas que solicitam esclarecimentos e orientações sobre previdência social
- Processar a intermediação entre profissionais e internos para auxiliar no atendimento aos pacientes
- Emitir Parecer social dos casos encaminhados pelas varas civil e criminal
- Viabilizar transferências
- Tratar da alta hospitalar
- Tratar de óbitos
- Supervisionar estágio em Serviço Social
- Lidar com internas insatisfeitas, desejando a todo custo sair antes de concluir o tratamento
- Lidar com mães insatisfeitas com a alimentação, o tratamento, a medicação, o tratamento e medicação do recém nascido
- Tratar com internos de alta sem ninguém para vir buscá-las
- Tratar com internos que não recebem visitas
- Lidar com mães sem a mínima condição financeira e/ou estrutura familiar para assumir a criança
- Orientar mães que rejeitam os recém nascidos
- Lidar com visitantes agressivos

- Tratar com pacientes que insistem em levar o recém nascido sem a mínima condição de alta
- Fazer atendimento com orientação para adoção
- Intermediar com a Vara da Infância, Conselho Tutelar, SOS Criança para equacionar problemas de rejeição, adoção, estupro, negação paterna, etc
- Solicitar marcação de exames sofisticados, vagas em outros hospitais pediátricos para cirurgias.

Destacamos alguns resultados acima listados que reforçam a visão de Ortiz (2010) sobre a face humanizada a qual se espera do Assistente Social. E outras (“Lidar com visitantes agressivos”) que pouco comportam o *rol* técnico desse profissional que passa a ser confundido com uma função de segurança ou apaziguador de conflitos.

As autoras acrescentem que o Serviço Social tem como função mediar às relações entre o hospital, os demais profissionais e os usuários, de forma a minimizar e/ou equacionar as questões decorrentes das falhas que impedem o acesso ou que precarizam o atendimento das ações de saúde, e por outro, atender as demandas que não são consoantes com as demandas institucionais.

Para Camargo (2009), o Serviço Social na saúde produz valores de uso. Nas suas palavras:

Portanto, ao reproduzir-se como trabalho especializado socialmente necessário no âmbito da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), o Serviço Social participa da produção de valores de uso, ou seja, ações com direção social e teleologia voltada ao atendimento das necessidades sociais de saúde, convergente entre o objeto do campo da saúde coletiva e as expressões do objeto de trabalho profissional.

A autora complementa discorrendo:

Com base na identificação do produto ou os resultados do processo de trabalho em que participa o Assistente Social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica, pode-se generalizar que a ação profissional impacta de forma qualitativa na reprodução da vida social.

Todavia os resultados desse trabalho não se apresentaram de maneira explícita nas comunicações das assistentes sociais, mas implícitas nos relatos de algumas intervenções por elas realizadas no cotidiano dos centros de saúde/unidades básicas de saúde. Na leitura realizada pelas assistentes sociais acerca do produto do

trabalho associado às equipes multiprofissionais de saúde coletiva no espaço.

Para Camargo (2009, p. 165), superar as necessidades sociais se configura enquanto principal resultado do trabalho do assistente social na saúde.

Na Saúde, conforme nossa pesquisa bibliográfica deu conta de concluir, os resultados do seu trabalho não dão conta de produzir valor (como aborda lamamoto, 2012, p. 66), não é material, mas socialmente objetivo, conforme a produção de Camargo (2009, p. 145) define:

Nesse sentido, é possível afirmar-se que o trabalho do Assistente Social tem um efeito socialmente objetivo e essa objetividade não é material, mas social, porque as atividades que desenvolve incidem no campo do conhecimento, dos valores, dos comportamentos, da cultura e tem resultados reais e objetivos.[...] a objetivação do trabalho desenvolvido não se dá de modo imediato e nem sob a forma material, mas que o produto do trabalho é socialmente construído e repercute nas relações sociais estabelecidas pelos sujeitos com suas famílias e a comunidade.

Convém apontar que algumas obras, com destaque à Cartilha do CFESS (2010), não apresentaram discussão quanto aos resultados esperados do trabalho do assistente social na saúde.

É necessário pontuar que o assistente social deve ter uma intervenção planejada, pensada. Como atividade humana o trabalho necessita ter uma teleologia, uma intenção. Nas palavras de Camargo (2009, p. 138)

O que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que “[...] ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade” (MARX, 1989, p. 202), isto é, a capacidade crítica de que dispõe o trabalhador para executar o planejamento onde estabelece os parâmetros do desenvolvimento das ações e os resultados pretendidos com o dispêndio da sua força de trabalho.

Sem objetivos claros do que se pretende com tal atividade, o trabalho se torna nulo e irrelevante, à medida que qualquer resultado servirá. Isso, dentro do contexto de nosso projeto ético-político é inadmissível, pois o assistente social dispõe do seu capital intelectual e recursos institucionais para intervir na realidade, garantindo direitos e impedindo violações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar a prática profissional se coloca enquanto uma necessidade no Serviço Social, sob o risco de que a intervenção seja conservadora e sem finalidades.

Esse estudo se concentrou nessa abordagem, buscando enquanto objetivo geral analisar o processo de trabalho do assistente social na política de saúde, tendo por base as reflexões na literatura especializada.

O assunto se justifica considerando que o campo da Saúde se configura enquanto um dos espaços que mais emprega esse profissional no Brasil. Colocando a necessidade de se refletir sobre essa prática, buscando romper com a atuação imediata e irrefletida – muito comum quando somos subjugados pela rotina do cotidiano profissional.

Nesse sentido, o debate aqui construído tinha por premissa central responder ao problema central da pesquisa que se materializou na questão: Quais são os processos de trabalho do assistente social na política de saúde?

Para tanto, estruturamos a pesquisa em três capítulos distintos, porém interligados. No primeiro, buscamos abordar a política pública de Saúde no Brasil: sua trajetória histórica até a afirmação constitucional de um padrão de seguridade social.

A atenção à saúde no Brasil se estabelece enquanto uma política pública integrante da Seguridade Social somente a partir da Constituição Federal de 1988 – artigos 194, em diante. Antes disso, visualiza-se um processo histórico de muita luta em torno de que a política alcance a universalidade de acesso.

Merece destaque nesse contexto histórico o movimento da Reforma Sanitária que impôs o objetivo de uma política pública de Saúde com características universais e tendo a gestão e o financiamento a cargo do Estado.

Destaca-se também o modelo de gestão da saúde hoje denominado de SUS – Sistema Único de Saúde. Tal sistema objetiva a atenção a saúde de forma descentralizada e participativa, buscando garantir o direito social dos indivíduos.

Dentro do contexto dessa política pública, integrante da Seguridade Social brasileira, estabelece-se um *rol* de profissões atuando com diferentes processos de trabalho.

Nesse sentido o segundo capítulo do presente estudo buscou discutir acerca do Serviço Social no Brasil: sua gênese e principais fatores da sua profissionalização.

Ao contrário do que o senso comum difunde, a profissão nasce atrelada à interesses do Capital monopólico e o processo histórico da categoria possibilita transformações em diferentes dimensões: teórico-metodológicas; ético-políticas; técnico-operativas.

Por fim, o terceiro capítulo trouxe uma pesquisa bibliográfica que buscou atingir nosso objetivo geral e responder ao problema central da presente monografia de conclusão de curso.

De acordo com Gil (2011) e Severino (2007), a pesquisa bibliográfica é aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos como: livros, artigos, teses, etc

Nesse sentido escolhemos alguns eixos centrais e vasculhamos diferentes produções bibliográficas no intuito de sistematizar e, posteriormente, analisar as visões de seus autores.

As bibliografias pesquisadas foram:

- A Inserção do Assistente Social no Complexo Hospitalar e de Atenção à Saúde da UFRN no Contexto da Agudização da Questão Social. (2005)
- O Plantão Social na Atenção Básica à Saúde: Um Estudo Aproximativo sobre a Prática Profissional. (2007)
- Configurações do Processo de Trabalho em que Participa o Assistente Social na Saúde Coletiva no Espaço Sócio-ocupacional da Atenção Básica. (2009).
- Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde. (2010)
- Política de Saúde e Serviço Social: Programa Saúde da Família como elemento de debate para o assistente social. (2007)
- A inserção do Serviço Social na Estratégia de Saúde da Família. (2011)
- A Prática do Assistente Social no âmbito da Saúde: impasses na dimensão ético-política da profissão. (s/ data)
- A Saúde como Direito e como Serviço. (1991)
- Serviço Social e Saúde, Formação e Trabalho Profissional. (2006)

- O exercício profissional do assistente social na área da saúde: algumas reflexões éticas. Serviço Social e Saúde. (2007)
- O Plantão do Serviço Social nas Unidades Básicas de Franca – reflexão dessa prática sob um novo olhar. (2004)

Reitera-se que a dificuldade de acesso a bibliografias – considerando o escasso acervo da biblioteca da UEM-CRV – inviabilizou que nossa pesquisa alcançasse o nível de qualidade na pesquisa bibliográfica que havíamos planejado inicialmente.

Entretanto, mesmo com as dificuldades, a pesquisa possibilitou que pudéssemos chegar a importantes resultados, do qual gostaríamos de aqui compartilhar.

a) Objeto de intervenção do assistente social na saúde;

No que tange ao objeto de intervenção, a pesquisa e análises das bibliografias demonstram o objeto de atuação do Assistente Social na saúde é centrado na questão social (e suas expressões). Deixando claro que as condições de exclusão e desigualdade social produzem severas seqüelas à classe trabalhadora.

Esclarece-se, entretanto conforme Camargo (2012), que no campo da saúde o Serviço Social atua nas condições sociais dos sujeitos. Não tendo por objeto intervir diretamente em outros campos, tais como o médico, clínico, biológico (sendo este prerrogativa de outros profissionais da Saúde, com formação específica para isso: médico, biomédico, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, etc.).

Para Costa (2009), o assistente social é aquele profissional que intervém a priori com pacientes que necessitem de encaminhamento para especializações, tendo por objetivo assimilar às necessidades dos mesmos a inclusão em grupos terapêuticos.

Ampliando o conceito do que é saúde para além da ausência de doença. Definindo, assim, a saúde como o acesso a uma série de condições sociais mínimas que garantam o bem-estar físico, mental e social da população.

Grande parte das referências pesquisadas, ao tratar sobre o objeto de intervenção na saúde, associou o assunto aos desafios do desmonte social na área

da Saúde pública. Dessa forma o assistente social sofre as conseqüências de se atuar num contexto institucional precarizado.

b) Habilidades e estratégias de ação do assistente social na saúde;

Quando abordamos acerca das habilidades e estratégias de atuação do Assistente Social, estamos nos referindo aos conhecimentos e os instrumentos de trabalho desse profissional (conforme IAMAMOTO, 2012, p. 62).

A literatura pesquisada aborda caminhos de uma leitura crítica da realidade baseada em saberes e conhecimentos do profissional acerca da realidade que cerca a questão da saúde pública no Brasil.

O conhecimento é um meio de trabalho que compõe o *rol* de instrumentos de trabalho do assistente social em qualquer campo, dentre eles a saúde. Para conhecer a realidade é necessário um fino trato teórico e metodológico, base para uma leitura aprofundada da realidade – superando a pseudo concreticidade dos fatos (KOSIK, 1976).

Autores apresentam o “Plantão Social” como estratégia de atuação, especialmente na atenção básica. Tal demanda emergencial sugere um perigo em se atuar meramente na imediaticidade dos fatos, não rompendo com o histórico conservador profissional.

A interdisciplinaridade também se apresenta nas literaturas como importante estratégia de ação do Assistente Social na saúde. Para tanto, se organiza o trabalho englobando diferentes profissões e saberes (médico, Assistente Social, psicólogo, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, biomédico, etc.) visando aliar a integralidade da atenção à saúde (físico, mental, e social).

A produção do CFESS funciona como uma cartilha que define parâmetros claros para a atuação do Assistente Social na saúde, com ênfase na discussão sobre os conhecimentos e instrumentais necessários para isso.

c) Os resultados do trabalho do assistente social na saúde.

Em produções encontramos uma lógica clara a qual se espera do assistente social na saúde: o papel de mediador da população usuária da saúde

com as demais políticas setoriais, essencialmente, da assistência social e previdência na perspectiva da integralidade de ações.

Para Souza (2004), os resultados esperados da atuação do Assistente Social é a humanização no atendimento. Colaborando, em nossa visão, para uma imagem social do assistente social enquanto a face humana da instituição, a voz mansa que aconselha e esclarece. Inclusive nos momentos de tensão, o mesmo é chamado para apaziguar os ânimos – um resgate a visão tradicional da Assistente Social enquanto a “moça boazinha”.

Uma produção bibliográfica deu conta de afirmar que superar as necessidades sociais se configura enquanto principal resultado do trabalho do Assistente Social na saúde.

Discutiu-se ainda que, também na Saúde, os resultados do trabalho do assistente social não dão conta de produzir valor:

A objetivação do trabalho desenvolvido não se dá de modo imediato e nem sob a forma material, mas que o produto do trabalho é socialmente construído e repercute nas relações sociais estabelecidas pelos sujeitos com suas famílias e a comunidade. (CAMARGO, 2009, p. 145)

De fato, poucas foram às variações das literaturas pesquisadas no que tange aos eixos centrais de análise. Fato é que este estudo não buscou esgotar o assunto, apenas fomentar o debate acerca da necessidade – independente do campo profissional que seja – de se refletir acerca do exercício profissional do assistente social.

Os processos de trabalho nos dão referências para uma ação planejada, que determina um objeto de atuação, estabelece saberes e estratégias de intervenção e caminham rumo a resultados e objetivos predefinidos.

Sem esse processo reflexivo da prática a mesma não se torna racional e intencional, apenas mecanizada e repetitiva. Atendendo, conseqüentemente, interesses conservadores de manutenção do *status quo*.

Por isso, espera-se que o presente estudo estimule o debate acerca do papel do Serviço Social nos diferentes campos. Em especial, que se questione e se problematize mais sobre a prática do assistente social no campo da saúde.

Considerando a realidade da classe trabalhadora brasileira, atuar na Saúde sem objetivos claros do que se pretende com tal atividade, torna nulo e

irrelevante o trabalho do Assistente Social, a medida que qualquer resultado servirá. Isso, dentro do contexto de nosso projeto ético-político é inadmissível, pois o assistente social dispõe do seu capital intelectual e recursos institucionais para intervir na realidade, garantindo direitos e impedindo violações.

Com clareza teórica e metodológica, noção e posicionamento ético-político e domínio dos saberes e instrumentais técnico-operativos, o Serviço Social pode em muito contribuir para a efetivação dos direitos sociais relativos à Saúde.

A proposta de debates sobre o tema, só reafirma que o conhecimento deve emergir da ação do profissional de Serviço Social na área da saúde, uma vez que as metas a seguir são amplas e diversificadas, podendo também ser coesas pelo fato de que a trajetória histórica intercala Serviço Social e Saúde.

O profissional de Serviço Social fazendo uso de conhecimentos técnicos operativos, teórico-metodológico e técnico-político, poderá intervir sob distinções sociais e expressões da questão social, sabendo que a sociedade esta em constantes mudanças e que o usuário não é o único responsável pela realidade atual.

REFERÊNCIAS

ADRIANO, Juliana. **O Plantão Social na Atenção Básica à Saúde: Um Estudo Aproximativo sobre a Prática Profissional**. 2007. 94 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2007.

BEHRING, E. R., BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez Editora, 2006.

BEZERRA, Suely de Oliveira; ARAUJO, Maria Arlete. **A Inserção do Assistente Social no Complexo Hospitalar e de Atenção à Saúde da UFRN no Contexto da Agudização da Questão Social**. In. Serviço Social em Revista (UEL). Volume 7 - Número 2. Londrina: UEL, Jan/Jul 2005.

BOSCHETTI, I. **Previdência e Assistência: uma unidade de contrários na seguridade social**. *Universidade e Sociedade*. Revista da ANDES-SN, Brasília, NADES-SN, nº 22, 2000.

----- **Assistência Social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo**. Brasília: GEEST/ SER/ UnB, (2. ed. rev. amp. 2003)

----- **Seguridade Social e projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania? Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, 2004. Letras livres/ Editora da UnB, 2006

BRAVO, Maria Inês. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete [et. al] (orgs). **Serviço Social e Saúde formação e trabalho profissional**, 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009

Caderno de Capacitação em serviço Social e política Social-módulo 3-CFESS-ABEPSS-CEAD/NED-UNB

CAMARGO, Marisa. **Configurações do Processo de Trabalho em que Participa o Assistente Social na Saúde Coletiva no Espaço Socioocupacional da Atenção Básica**. 2009. 196 fls. Dissertação de Mestrado (Pós graduação em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre, 2009.

CARDOSO, Maria de Fátima Matos, reflexões sobre Instrumentais em Serviço Social: Observação sensível, entrevista, Relatório, visitas e teorias de Base no Processo de Intervenção Social/ Maria de Fátima Matos Cardoso. São Paulo: CLTE Editora, 2008.

CARVALHO, Rafael. ALVES, Carmem; ARAÚJO, Roberta. **Política de Saúde e Serviço Social: Programa Saúde da Família como elemento de debate para o assistente social**. III Jornada Internacional de Políticas Públicas São Luís – MA, 28 a 30 de agosto 2007.

CARVALHO, Brígida Gimenez; MARTIN, Gilberto Berguio; CORDONI, Luiz Jr. **A organização do sistema de saúde no Brasil**. In: ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio. Bases da saúde coletiva. Londrina; UEL; 2001, p. 27-57 ABEPSS-CEAD.

CONSELHO Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

COHN, Amélia. ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 2.ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1998.

COSTA, Maria Dalva Horácio. Dissertação de Mestrado elaborada sob a orientação da prof^a DR^a Ana Elizabete Mota, defendida em 1998 no Mestrado em Serviço Social UFPE, intitulada Os elos invisíveis do processo de trabalho na Política de Saúde: um estudo sobre as particularidades do trabalho dos Assistentes Sociais na saúde pública de Natal (RN).

GIL, Antonio Carlos. **Método e técnicas de pesquisa social**. 6^a ed. 4. Imp-São Paulo: Atlas 2011.

GONÇALVES, Mariane Michele. **A inserção do Serviço Social na Estratégia de Saúde da Família**. *Ágora – Revista de Divulgação Científica*. ISSN 2237-9010. V.1. nº 1, 2011.

GUERRA, Yolanda. **Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social**. In: *Revista Social e Sociedade*. 62. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Villela. CARVALHO, Raul. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológico**. São Paulo, Cortez, 29^a. ed.; [Lima, Peru] : CELATS, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade**. Trabalho e formação profissional/ Marilda Villela Iamamoto. – São Paulo, Cortez, 2013.

LACAS, F.A.C.- **Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador**. *Saúde e Sociedade* v.3 n16701, São Paulo, 1994.

MARTINELLI, M. L. **O exercício profissional do assistente social na área da saúde: algumas reflexões éticas**. *Serviço Social e Saúde*. São Paulo, v. 6, nº 6, maio de 2007.

MIOTO, R. C. T. **Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família**. Florianópolis, 2004a. Projeto de Pesquisa UFSC/CNPq.

_____. **O Assistente Social no espaço da Estratégia Saúde da Família**. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Anais do XI ENPESS. Porto Alegre, 2004b.

NOGUEIRA, V. M. R. **O Direito na reforma do Estado Brasileiro: construindo uma nova agenda. Tese de Doutorado em Enfermagem** – Faculdade de Enfermagem, UFSC. Florianópolis, 2002a.

_____. **O direito à saúde na sociedade contemporânea. Ser Social.** Brasília: UnB, v. 10, 2002b.

_____. **A concepção de direito à saúde na sociedade contemporânea: articulando o político e o social.** Textos e Contextos, 2003.

_____. **Serviço Social e Saúde.** Vera Nogueira...[et. al.], (orgs).-4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, ministério da Saúde, 2009.

NASCIMENTO, Regina Helena do - Artigo: **Sistema Único de Saúde**, in www.hospvirt.org.br/enfermagem.port/sus.htm.

NETTO, Jose Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social no Brasil.** 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64.** 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NETTO, Jose Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social no Brasil.** 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64.** 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

ORTIZ, Fátima Grave. **O Serviço Social no Brasil.** Rio de Janeiro: E-papers, 2010.

NETO, E. Rodrigues. **Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: Suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas.** In: textos técnicos para conselheiros de saúde-Incentivos à população popular e controle social no SUS, Ministério da Saúde, Brasília, 1994.

SANTOS, Andreza *et al.* **A Prática do Assistente Social no âmbito da Saúde: impasses na dimensão ético-política da profissão.** XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba (s/ data).

SEVERINO, A. J. **O poder da verdade e a verdade do saber.** In. MARTINELLI, M. L.; RODRIGUES, M. L.; MUCHAIL, S. T. (Org.) **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber.** São Paulo: Cortez/Educ. 1995.

SILVA, Elizete Conceição. **Cidadania e Política Pública: Uma análise da Política Pública Municipal de Saúde em Ipê, São Paulo.** Londrina, 1996.

SODRÊ, F. **A atuação do Serviço Social em cuidados paliativos. Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, ano XXVI, nº 82, p. 131-147, jul. 2005.

SOUZA, Maria Ines Nascimento. **O Plantão do Serviço Social nas Unidades Básicas de Franca – reflexão dessa prática sob um novo olhar**. 2004. 87 fls. Dissertação de Mestrado (Pós Graduação em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Franca, 2004.

SUGUIHIRO, Vera L. T. **A Ação Investigativa na Prática Cotidiana do Assistente Social**. *In*: Serviço Social em Revista. Volume 2, Número 1. Jul/Dez, 1999.

VIANNA, M. L. W. **A Americanização (perversa) da seguridade social no Brasil. Estratégias de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Revan/IUPERJ/UCAM, 1998.