



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**  
**Departamento De Ciências Sociais**  
**Curso de Serviço Social**  
**Campus Regional De Ivaiporã**

DANUBIA DE SOUZA CLARIMUNDO  
JOSIANE DE LIMA

**EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL**  
**NA ÁREA DA SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DE**  
**PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM MUNICÍPIOS**  
**VINCULADOS À 22ª REGIONAL DE SAÚDE**

DANUBIA DE SOUZA CLARIMUNDO  
JOSIANE DE LIMA

**EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL  
NA ÁREA DA SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DE  
PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM MUNICÍPIOS  
VINCULADOS À 22ª REGIONAL DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Ms. Marcelo Nascimento de Oliveira

DANUBIA DE SOUZA CLARIMUNDO  
JOSIANE DE LIMA

**EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL  
NA ÁREA DA SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DE  
PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM MUNICÍPIOS  
VINCULADOS À 22ª REGIONAL DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Ms. Marcelo Nascimento de  
Oliveira  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

---

Examinadora: Profa. Ms. Vanessa Eidam  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

---

Examinador: Prof. Dr. Rafael Silva  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Ivaiporã, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

*Dedico este trabalho à minha família, em especial, aos meus pais, Maria Marcia e Claudecy e, ao meu marido Junior, pelo carinho, compreensão e a motivação durante a realização deste trabalho.*

**Danubia de Souza Clarimundo**

*Dedico este trabalho à minha família, em especial, ao meu esposo Euclides e, minha filha Micaelly, pelo carinho, compreensão e a motivação durante a realização deste trabalho.*

**Josiane de Lima**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por ter iluminado meu caminho e me dado coragem, força e capacidade para realizar este trabalho.

Aos meus pais, Maria Marcia e Claudecy, pelo amor, compreensão e, por serem responsáveis pela minha dedicação aos estudos, pois sem eles não conseguiria chegar até aqui. São meu orgulho, minha base de sustentação e, embora estivéssemos longe, me deram forças, por meio de palavras, para que eu não desistisse.

Ao meu marido, Junior, pelo amor, apoio e colaboração. Agradeço pela compreensão nos momentos em que estive ausente para executar esse trabalho e, não desistiu de me acompanhar nesta caminhada.

À minha amiga e companheira de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), Josiane, pela responsabilidade, inteligência e companheirismo em todos os momentos, pelos risos e angústias compartilhadas.

Ao nosso orientador, Prof. Marcelo, por aceitar participar da construção deste trabalho e fazer parte desta conquista junto a nós.

Aos profissionais, que se dispuseram a participar da pesquisa de campo.

Enfim, a todos aqueles que contribuíram de alguma forma com este trabalho.

**Danubia de Souza Clarimundo**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me proporcionado confiança e acreditar que seria possível, iluminando meu caminho, me dando força e capacidade para a realização deste trabalho.

Ao meu esposo, Euclides e, minha filha Micaelly, pelo apoio e compreensão nos momentos em que precisei me ausentar para me dedicar aos estudos, pois, além de entenderem a minha ausência, também me incentivaram a continuar.

À minha mãe, que sempre me incentivou a dar continuidade em meus estudos.

À minha amiga e companheira de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), Danubia, que confiou em mim, me aceitando na produção deste trabalho, compartilhando sua inteligência, companheirismo e responsabilidade em todos os momentos, tanto nos momentos de desespero, quanto nos momentos de conforto.

Ao nosso orientador, Prof. Marcelo, por aceitar participar da construção deste trabalho e fazer parte desta conquista junto a nós.

Aos colegas de trabalho, que foram compreensíveis nos momentos em que precisei me ausentar, me dando força e também realizando o meu serviço durante a minha ausência.

Aos colegas de sala, que de uma forma ou outra foram companheiros durante estes quatro anos de curso.

Aos demais professores, que contribuíram para minha formação profissional.

Aos profissionais, que se dispuseram a participar da pesquisa de campo.

Enfim, a todos aqueles que contribuíram de alguma forma com este trabalho.

**Josiane de Lima**

CLARIMUNDO, Danubia de Souza; LIMA, Josiane de. **Exercício profissional do assistente social na área da saúde:** uma análise a partir de profissionais que atuam em municípios vinculados à 22ª Regional de Saúde. 2016. 68 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual de Maringá, Ivaiporã, 2016.

## RESUMO

Este estudo que se constitui de uma pesquisa social de abordagem qualitativa, analisa os desafios do exercício profissional do assistente social na área da saúde. Seus objetivos específicos são: I) apresentar o desenvolvimento da política de saúde no Brasil; II) Problematizar a efetivação do atendimento aos usuários na área de saúde; III) Explicar a importância do assistente social na área da saúde; IV) Identificar os desafios enfrentados pelos assistentes sociais em seu exercício profissional; V) Analisar quais as estratégias os profissionais utilizam em seu cotidiano para lidar com os desafios enfrentados. Com relação aos procedimentos metodológicos, utilizou-se da revisão bibliográfica e da pesquisa de campo. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas com dois assistentes sociais que atuam em Unidades Básicas de Saúde, em municípios vinculados à 22ª Regional de Saúde. Os resultados alcançados permitiram conhecer o exercício profissional do assistente social nesta área, compreendendo a existência de inúmeros desafios que perpassam o cotidiano desses profissionais e que rebatem diretamente no atendimento e na perspectiva de ampliar o acesso dos usuários no que se refere ao direito à saúde. Reflete-se a importância do conhecimento dos profissionais de serviço social quanto aos desafios e perspectiva na criação de estratégias, em defesa de seu projeto ético político, visando romper com os limites postos no âmbito da saúde.

**Palavras-chave:** Saúde Pública. Serviço Social. Trabalho do Assistente Social na Saúde. Desafios Profissionais.



CLARIMUNDO, Danubia de Souza; LIMA, Josiane de. **Professional Exercise of the Social Worker in the Health Area**: an analysis from professionals working in Municipalities linked to the 22nd Regional Health. 2016. 68 p. Final Course Assignment (Graduation in Social Work) – Universidade Estadual de Maringá, Ivaiporã, 2016.

### **ABSTRACT**

This study is a qualitative social research, discusses the challenges of professional practice of social worker in the area of health. Its specific objectives are: I) to present the development of health policy in Brazil; II) Discuss the effectiveness of service to users in the area of health; III) Explain the importance of the social worker in health care; IV) Identify the challenges faced by social workers in their professional practice; V) Examine which strategies the professionals use in their daily lives to deal with the challenges faced. Regarding the methodological procedures, it was used the literature review and field research. The data were collected from semi-structured interviews with two social workers who work in Basic Health Units in communes linked to the 22nd Regional Health. The results obtained allowed to meet the professional exercise of the social worker in this area, including the existence of numerous challenges that pass through the daily life of social workers making the professional practice difficult and that come up against directly in the service and in order to expand the access of the users with regard to the right to health. It is reflected the importance of the knowledge of the social service professionals about the challenges and perspective in creating strategies, in defense of his political ethical project, aiming to break the limits put on the field of health.

**Key Words:** Public Health. Social service. Work of the social worker in health. Professional challenges.

## LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1– Princípios do Sistema Único de Saúde .....	27
--	----

## LISTA DE QUADRO

Quadro 1– Profissionais inseridos de acordo com os espaços institucionais nos municípios que compõem a 22ª Regional de Saúde.....	45
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABESS	Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
C.F/88	Constituição Federal de 1988
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FUNRURAL	Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MEC	Ministério da Educação
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PRORURAL	Programa de Desenvolvimento Econômico e Territorial
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL FUNDAMENTOS HISTÓRICOS E CONTEMPORÂNEOS</b> .....	17
1.1 GÊNESE DA SAÚDE NO BRASIL .....	17
1.2 SAÚDE A PARTIR DA DÉCADA DE 1980: PERSPECTIVAS DE UMA REFORMA SANITÁRIA PARA O BRASIL .....	21
1.3 PROTEÇÃO SOCIAL E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	25
<b>2 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA</b> .....	31
2.1 O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL .....	31
2.2 SERVIÇO SOCIAL ENQUANTO PROFISSÃO A PARTIR DA DÉCADA DE 1980 .....	35
2.3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL: COM ÊNFASE NA ÁREA DE SAÚDE .....	37
<b>3 A EXPERIÊNCIA DE TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS A PARTIR DE TRÊS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA SAÚDE</b> .....	43
3.1 METODOLOGIA DA PESQUISA .....	43
3.2 PROCEDIMENTOS DE ESCOLHA DOS SUJEITOS DA PESQUISA .....	44
3.3 A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NA REGIÃO A PARTIR DA OBSERVAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS .....	47
3.4 CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE .....	51
3.5 O ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS NO ÂMBITO DA SAÚDE .....	52
3.6 LIMITES E DESAFIOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL.....	55
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	59

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>67</b>
Apêndice A – Roteiro de Entrevista .....	68

## INTRODUÇÃO

A política pública de saúde no Brasil obteve consideráveis avanços a partir da Constituição Federal de 1988 (C.F/88), dentre os quais podemos destacar a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Este tem a finalidade de determinar o acesso ao serviço de saúde como direito social, universal e igualitário, tornando-se responsabilidade do Estado garantir o acesso a toda a população. Todavia, diante do acirramento da exploração da classe trabalhadora e da ausência do Estado em garantir direitos e conquistas históricas, é que se coloca a importância do pensamento acerca da intervenção profissional do Assistente Social neste setor.

Tendo em vista os inúmeros desafios em defesa de direitos e conquistas históricas, é que se apresenta a intervenção profissional do assistente social na área da saúde. A perspectiva que defendemos, compreende a relevância do exercício deste profissional no campo da saúde, frente aos avanços das políticas do Estado neoliberal, na busca de mecanismos que vão além dos limites da atuação profissional. Esta profissão regulamentada, que possui um Código de Ética Profissional, expressa valores radicalmente democráticos e progressistas, se insere cotidianamente no âmbito da luta e na defesa de políticas públicas, e que por meio de seus parâmetros de atuação vislumbra que os serviços na área de saúde sejam prestados com qualidades aos seus demandantes.

O interesse pelo objeto de estudo partiu da experiência de estágio supervisionado em Serviço Social, realizado no âmbito da saúde por uma das autoras, bem como a atuação na área de enfermagem pela outra autora, o que culminou na escolha do tema. Percebendo que muitas vezes o assistente social era limitado em suas ações, devido a impasses que lhes são apresentados, é que passamos a levantar indagações que culminaram no seguinte problema de pesquisa: quais os desafios no exercício profissional do assistente social no atendimento aos usuários, na perspectiva de acesso aos direitos na área da saúde, em municípios que integram a 22ª regional de saúde?

O objetivo geral deste trabalho foi conhecer os desafios do exercício profissional do assistente social no atendimento aos usuários na perspectiva de acesso aos direitos na área da saúde, a partir da 22ª Regional de Saúde, no estado do Paraná. De acordo com o problema e objetivo geral desta pesquisa, o presente estudo teve como objetivos específicos:

- Apresentar a gênese e desenvolvimento da política de saúde no Brasil;
- Problematizar a efetivação do atendimento aos usuários na área de saúde;
- Explicar a importância do Assistente Social na área da saúde;
- Identificar os desafios enfrentados pelos Assistentes Sociais em seu exercício profissional;
- Analisar quais as estratégias os profissionais utilizam em seu cotidiano para lidar com os desafios enfrentados.

Trata-se de uma pesquisa social de abordagem qualitativa, na qual entrevistou profissionais de Unidades Básicas de Saúde, vinculadas à 22ª Regional de Saúde, estado do Paraná. Os resultados obtidos a partir do presente estudo, foram submetidos à análise de conteúdo e estão dispostos no presente trabalho, que está dividido em três capítulos, seguido das considerações finais.

O primeiro capítulo retrata o contexto histórico da política de saúde no Brasil, analisando como a questão saúde foi tratada ao longo do século XX, expressando a organização e luta dos trabalhadores na reivindicação por melhores condições de vida. Este processo imprimiu ao Estado a responsabilidade no direcionamento da efetivação do direito à saúde, direcionado pelas normativas e regulamentação, traçando diretrizes para a construção de um Sistema Único de Saúde.

O segundo capítulo ressalta o Serviço Social enquanto profissão, inserida na área de saúde, como defesa de uma política pública e dos direitos sociais. Apresenta-se as diretrizes para o exercício profissional dos assistentes sociais na área da saúde, expressando os desafios no que tange às atribuições e competências profissionais, conforme estabelece os Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde.

O terceiro capítulo apresenta a metodologia da pesquisa e dos procedimentos adotados na realização deste trabalho, seguido da apresentação e análise dos dados que constitui o presente estudo. A pesquisa revelou os desafios do exercício profissional de Assistentes Sociais que atuam em Unidades Básicas de Saúde, a partir de municípios vinculados à 22ª Regional de Saúde.

Por fim, as considerações finais tecem uma reflexão em que permitiu observar que os profissionais sempre enfrentaram desafios, sendo inúmeras vezes limitados



em seu exercício profissional, o que rebate diretamente na qualidade do atendimento ofertado aos usuários em sua totalidade. Além disso, foi possível compreender como se dá o processo no exercício profissional conhecendo suas dificuldades, a partir da realidade na qual estão inseridos.

Espera-se que esta pesquisa contribua no universo da formação profissional, fomentando outros estudos e subsidiando o reconhecimento profissional acerca da necessidade contínua da formação e da dimensão crítico-investigativa. Também espera-se que ao nível teórico metodológico e ético político os profissionais possam imprimir sempre estratégias que ultrapassem suas dimensões instrumentais e possam refletir a perspectiva ampliada da garantia de acesso e alargamento dos direitos e conquistas da classe trabalhadora.

# 1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL FUNDAMENTOS HISTÓRICOS E CONTEMPORÂNEOS

O presente capítulo traz um breve destaque sobre o histórico da saúde pública no Brasil, expressando seus aspectos históricos e contemporâneos. Assim sendo, buscaremos pautar o papel do Estado brasileiro no trato à saúde pública, à medida que expressaremos a organização e luta dos trabalhadores na reivindicação por melhores condições de vida. Tal organização expressa uma reivindicação que a partir desse processo coloca ao Estado a responsabilidade no direcionamento da efetivação do direito à saúde, traçando diretrizes para a construção de um Sistema Único a partir da Constituição Federal de 1988, bem como da universalização do atendimento à população.

## 1.1 GÊNESE DA SAÚDE NO BRASIL

Estudos, alguns dos quais serão usados neste trabalho, mostram que até a década de 1920, os serviços de saúde no Brasil estiveram restritos à grande maioria dos brasileiros. Para Bravo (2009), até o referido período não houve nenhuma intervenção estatal no campo da saúde, assim como nas demais políticas públicas. Foi a partir do século XX, que o Estado passou a promover ações de organização do setor de saúde, tendo como principal exemplo desse período a ampliação dos serviços de atendimento à população por todo o país, através da Reforma Carlos Chagas<sup>1</sup>.

Considera-se que as ações ocorridas nesse início do século para o campo da saúde estavam vinculadas aos benefícios previdenciários e atendiam a poucas categorias profissionais. Nesse período, é possível destacar o marco da organização das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), por meio da lei Eloy Chaves<sup>2</sup>,

---

<sup>1</sup>Trata-se de uma Reforma dos serviços de saúde pública no país promovida por Carlos Chagas em 1923, desenvolvendo ações que alertava sobre a importância das endemias rurais e a necessidade de combatê-las (CRUZ, 2016)

<sup>2</sup>Em 24 de janeiro de 1923, foi sancionado pelo Congresso Nacional o Decreto-lei nº 4.682/23, conhecida como Lei Eloy Chaves, a primeira a instituir a previdência social, por meio da qual foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões de nível nacional (BRASIL, 2016b).

considerada como o princípio da intervenção do Estado no setor previdenciário.

Data de 1923 o período em que o Estado passou a interferir na área da saúde, ainda que de forma lenta e gradual, iniciando pelo setor dos trabalhadores ferroviários, em 1923 e, mais tarde, em 1926, se estendendo ao setor dos trabalhadores marítimos.

A partir desta Lei, a proteção social no Brasil passou a contar com uma instituição que oferecia pensão, aposentadoria, assistência médica e auxílio farmacêutico. Ainda hoje, a pensão e a aposentadoria são benefícios indispensáveis para que se caracterize uma instituição previdenciária. Até o ano de 1923, as instituições concediam apenas um ou outro benefício (BRASIL, 2007, p.7).

As CAP's se constituíam em fundos organizados por empresas, através da contribuição dos empregados e dos empregadores. O gerenciamento se dava por meio de um órgão colegiado paritário, em que 50% dos representantes eram empregados e os outros 50% empregadores. Portanto, tinha natureza civil privada, sem participação pública do Estado.

As CAP's, entidades públicas com larga autonomia com relação ao Estado, são instituídas como um contrato compulsório, organizadas por empresas, geridas através de representação direta de empregados e empregadores, tendo finalidade puramente assistencial: benefícios em pecúnia e prestação de serviços (COHN et al., 2010, p. 14-15)

É válido destacar que, no campo econômico e social, nosso país vivenciou um intenso processo de transformação nos anos finais da década de 1920. A base econômica deste período era a exportação do café, quando o país vivenciou um grande impacto devido à conhecida crise econômica internacional de 1929<sup>3</sup> que afetou todo o setor. Aliado à transição do regime agroexportador para o regime urbano industrial, intensificaram-se as formas de resistência por parte dos trabalhadores e buscas de alternativas por sobrevivência, o que, segundo lamamoto (2015, p. 156):

---

<sup>3</sup>A crise econômica internacional surgiu em Nova York em 1929, decorre do momento histórico em que a produção cresce e o consumo diminui, os preços caem instalando a crise econômica, período em que as indústrias entram em falência e a miséria predomina. Ocorre uma fase de recessão onde muitas indústrias foram desativadas, ocasionando demissões de operários e redução de salários (BARATA, 2000, p.337).

Resultou, ainda, um massivo êxodo rural, que derivou no inchaço da população dos grandes centros urbanos e, em consequência, num incremento crescente na demanda dos serviços sociais públicos por parte da população pauperizada.

Com a migração da população do campo para a cidade em busca de melhores condições de vida, as cidades também passaram a vivenciar um processo de aglomeração de pessoas. Sem ter onde morar, essas pessoas buscavam através de meios próprios se estabelecer nas orlas das cidades, em moradias precárias, com condições subumanas. Todo este processo irá demandar ao Estado ações para o controle de endemias e epidemias, uma vez que sua preocupação era atender principalmente a pressão do setor econômico, visto que a exportação poderia ser prejudicada caso os trabalhadores não conseguissem produzir na mesma proporção que antes.

Nesse sentido, é possível perceber a importante contribuição de Dâmaso (2011, p. 67), ao afirmar que “a saúde do capitalismo depende também da saúde da classe trabalhadora e não apenas da sua disciplina”. O autor aponta para o fato de que para produzir para o capital, o trabalhador precisa ter saúde ativa, assim, as ações realizadas pelo Estado acabam girando em torno da manutenção desses indivíduos, visando o fortalecimento da economia, bem como atendendo o grande capital e mantendo suas bases intocáveis.

Com base nessas considerações, a classe trabalhadora inicia um processo de tomada de consciência frente à exploração a que era submetida e passa a reivindicar por melhores condições de trabalho e de vida. Em face dessa união da classe trabalhadora, o Estado se intimida e passa a instituir estratégias para contenção desta, proporcionando possibilidades de manutenção da mesma na produção, em perspectiva contínua do desenvolvimentismo brasileiro.

De acordo com Bravo (2009), a partir desta percepção por parte do Estado, estratégias vão sendo criadas como forma de conter a organização do movimento dos trabalhadores que passaram a eclodir a partir da década de 1930. De modo estratégico, o Estado passa então a estender benefícios no âmbito previdenciário, de modo a atingir um número maior de categorias de assalariados urbanos, unificando as CAP's que passaram a ser assumidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), no ano de 1933.

Os IAP's eram instituições organizadas por categoria profissional e a contribuição se dava de forma tripartite, ou seja, envolvia tanto os empregados, os

empregadores e o governo. A gestão contava com participação de técnicos do governo, representantes dos empregados e dos empregadores eleitos pelos sindicatos. Além de desenvolver serviços previdenciários, garantiam acesso a um plano de assistência médica à família e seus familiares, bem como o acesso aos serviços prestados em hospitais e clínicas conveniados por médicos assalariados e credenciados. Assim, os IAP's em conjunto com o Estado, forneciam saúde pública na esfera nacional apenas para os trabalhadores urbanos (SIMÕES, 2010).

Entre meados das décadas de 1945 e 1964, apesar de ser verificado um maior investimento na área da saúde pública, mostrando melhorias das condições sanitárias, de acordo com Bravo (2009, p. 92) “não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral”.

Outro aspecto relevante nesse período refere-se à Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS), instituída por meio da Lei nº 3.807, de 1960, que propôs a unificação dos benefícios prestados pelos IAP's, oferecendo assistência médica individual aos seus beneficiários. A promulgação da LOPS só foi possível por meio de forte pressão dos trabalhadores, que exigiam eficiência do sistema previdenciário. Até esta década a previdência social já abrangia a todos os trabalhadores urbanos, se estendendo para os trabalhadores rurais, a partir de 1963<sup>4</sup> (COHN; ELIAS, 2005).

Considerando as intenções de reformulação do sistema previdenciário, em 1966 houve uma fusão de todos os IAPs, que passaram a constituir o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), através do Decreto-Lei nº 72. Com alteração de dispositivos da LOPS, além da instituição do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), também em 1966, observa-se que os recursos para financiamento da saúde pública passaram a ser utilizados como instrumento de atendimento ao desenvolvimento urbano e habitacional.

De acordo com Bravo (2011), na década de 1970 houve a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, a partir da promulgação da Lei nº 6.229, de 7 de julho de 1975. Tal organização tinha como objetivo a instituição do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e a criação do Sistema Nacional de Previdência e

---

<sup>4</sup>Em 1963 foi editada a Lei nº 4.214, que instituiu o Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), em 1971 é criado o Programa de Desenvolvimento Econômico e Territorial (PRORURAL), destinando-se fundos específicos para manutenção do FUNRURAL, representando, formalmente a extensão da previdência social aos trabalhadores rurais (COHN; ELIAS, 2005, p. 22).

Assistência Social (SINPAS). A partir de então a Previdência Social passou a assumir algumas responsabilidades com os segurados, arcando com as despesas dos acidentados desde a data da ocorrência do acidente (COHN; ELIAS, 2005, p. 24).

Outro marco foram as Ações Integradas de Saúde (AIS), implantadas em 1983, como um programa de atenção médica para as áreas urbanas, a fim de integrar as ações curativas, preventivas e educativas. As AIS deram início à interiorização das ações e serviços de saúde, com o objetivo de reorientação das políticas e reorganização dos serviços, que seguia os mesmos princípios de democratização da saúde (TEIXEIRA; MENDONÇA, 2011).

Ao analisar o setor de saúde no período que antecede a Constituição Federal de 1988, é possível constatar que a intervenção do Estado no âmbito da saúde foi mínima: assistência médica aos trabalhadores formais, numa lógica de barganha, onde recebia atendimento apenas quem contribuía com o sistema previdenciário. Também fica explícito a vinculação de tais ações como estratégia de conter a classe trabalhadora, ao perceber a sociedade politicamente organizada em constante reivindicação e insatisfação, o que passou a exigir do Estado oferta de atendimento à população por meio de serviços públicos.

## **1.2 SAÚDE A PARTIR DA DÉCADA DE 1980: PERSPECTIVAS DE UMA REFORMA SANITÁRIA PARA O BRASIL**

Dado o contexto político, econômico e social, vivenciado pela população no país durante o regime militar, a organização dos trabalhadores e os movimentos de lutas em busca de democratização, os movimentos em defesa da saúde pública passam a ganhar força a partir da década de 1980. O setor de saúde passou a contar com a presença de novos sujeitos sociais no debate sobre as condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais, apresentadas na perspectiva de atendimento aos movimentos então organizados.

Bravo (2009) destaca que as principais propostas para o debate trazidas por esses sujeitos coletivos foram: a universalização do acesso à saúde e a concepção de saúde como um direito social e dever do Estado. Assim sendo, é possível

destacar o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que tinha por objetivo contestar o modelo fragmentado, assistencialista e excludente da Previdência Social. Este movimento trazia a ideia de saúde como direito e não como benefício, em que o atendimento fosse disponibilizado pelo Estado, abrangendo a toda população do país. Contava com a participação próxima dos sindicatos, para indicar os problemas e as necessidades da massa trabalhadora no que diz respeito ao setor saúde.

Segundo Dâmaso (2011), o Movimento pela Reforma Sanitária se organizou em diferentes instituições, como: universidades, sindicatos e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), todos em torno do mesmo objetivo: a universalidade, integralidade e a equidade na saúde, que se consagrou mais tarde com a C.F/88. Conforme a autora, o CEBES abriu espaço para a política de saúde, reunindo pessoas em debate de forma ampliada na luta pela ampliação dos direitos nas políticas sociais. Essa organização proporcionou aos integrantes o conhecimento de que a saúde não era um assistencialismo e sim, um direito constitucional.

[...] No caso da Reforma Sanitária, como sabemos, esta convergência que liga o espectro de forças em torno do Movimento Sanitário é a ideia de saúde como direito de todos e dever do Estado, que deve cristalizar-se em um Sistema Nacional de Saúde descentralizado e unificado, com efetiva participação (claro que em graus muitos diferentes) tanto dos profissionais como da população organizada [...] (GALLO; NASCIMENTO, 2011, p. 94).

Considerando a efervescência do debate ocorrido em meados da década de 1980, podemos destacar o grande marco da democratização da saúde no Brasil, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília. Este espaço é considerado histórico, um evento político-sanitário mais importante, ocorrido na segunda metade do século. Pela primeira vez uma conferência contou com um número de pessoas muito significativo, mais de quatro mil representantes da sociedade civil discutiram o novo modelo de saúde para o Brasil.

Essa Conferência teve desdobramentos imediatos em um conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que serviram de base à elaboração da seção da saúde, da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2011, p.15).

Assim sendo, essa conferência representou um marco importante para a área da saúde, porque a partir dela foi possível a articulação entre os movimentos dos

trabalhadores, sindicatos e profissionais de saúde, inserindo a discussão sobre um novo modelo de saúde para o Brasil, principalmente, na defesa de sua constitucionalidade. Além do projeto de Reforma Sanitária, a 8ª Conferência Nacional de Saúde possibilitou outras discussões que fomentaram a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987. Sistema este que tentou incorporar, em seu desenho, alguns dos elementos centrais da proposta da Reforma Sanitária: a universalização, a descentralização pela via da municipalização e a democratização das instâncias gestoras.

O SUDS apresentou avanços ao transferir a responsabilidade da gestão dos convênios e contratos para as esferas estaduais, antecipando sua municipalização, o que expressou uma compreensão do Estado, sobre a saúde, a partir das condições regionais e especificidades locais. Através da implantação do SUDS foi possível uma reforma administrativa, fato este que contribuiu com as proposições de implantação de uma Reforma Sanitária (TEIXEIRA; MENDONÇA, 2011).

Considerando a abordagem referente ao processo histórico da saúde no Brasil, tendo a Reforma Sanitária como expressão de um movimento de luta e articulação da classe trabalhadora em defesa de um modelo de saúde pública, é que a partir da Constituição Federal de 1988, ocorre a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país (BRASIL, 2016c).

Em linhas gerais, podemos destacar que a política de saúde é tratada na C.F/88, na seção II “DA SAÚDE” entre os Artigos 196 e 200. A partir da Carta Constitucional a saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do Estado, cabendo ao poder público regulamentar, fiscalizar, controlar e organizar as ações e os serviços públicos de saúde.

Considerando o enfoque deste trabalho, salientamos que os instrumentos normativos que dão subsídios à nossa discussão, no âmbito da saúde, são os artigos 196, 197 e 198, que destacam as dimensões e diretrizes organizativas dos serviços de saúde.



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.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

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 [...] (BRASIL, 2016a).

A Constituição Federal de 1988 definiu as responsabilidades na perspectiva de promoção ao acesso universal e igualitário, assegurando a proteção dos indivíduos, visando à redução de risco, através de políticas de prevenção na saúde. Foi assim que, o modelo de proteção social sob o conceito de Seguridade Social, formado pelo tripé Saúde, Previdência e Assistência Social, apresentou grandes avanços, com maior ênfase na política de saúde, por ser gratuita e universal.

Podemos observar grandes avanços e desafios no âmbito da saúde, ao refletir o período anterior e posterior à Constituição de 1988. A mesma passa então a ser refletida no âmbito da proteção social, por meio dos serviços organizados voltados ao cidadão, diferente da concepção que se gestou anteriormente, pautada na lógica do atendimento ao cliente. Devemos observar que o Estado apresentava ações voltadas à saúde do trabalhador, na perspectiva de barganha, onde não era compreendida como uma política de Estado, mas, como política de governo expressa de acordo com os próprios interesses.

Podemos resumir que, com o processo de Reforma Sanitária o Estado se viu pressionado em assumir o papel de provedor dos mínimos para uma proteção social, o que será destacado no próximo ponto.

### 1.3 PROTEÇÃO SOCIAL E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Conforme Cohn (2009), a implantação do sistema de proteção social, fundamentado na concepção de seguridade social, ocorreu num âmbito mundial de desmonte dos Estados de Bem-Estar Social<sup>5</sup>. Em consequência disso, foi possível verificar uma fratura dessa concepção e uma segmentação de seus componentes: previdência social, saúde e assistência social, ocasionando retrocessos nos processos de avanços experimentados por esses segmentos.

Segundo Boschetti e Salvador (2009), no Brasil as políticas de seguridade social, assim como em outros países capitalistas da Europa central seguiram dois modelos diferentes de políticas sociais: o bismarckiano<sup>6</sup> e o beveridgiano<sup>7</sup>. Enquanto o primeiro expressa o acesso aos benefícios, garantidos por meio de contribuição direta, o segundo defende-se direitos universais a todos os cidadãos. Atualmente, o que se observa é que, no tripé da seguridade social, a previdência social é orientada pelo modelo bismarckiano, enquanto que a saúde e a assistência social são sustentadas pelo modelo beveridgiano.

Devido às reivindicações e pressões realizadas pelos trabalhadores na década de 1980, foi possível a introdução de muitas necessidades sociais e ampliação dos direitos sociais e políticos na Constituição Federal de 1988. Porém, apesar da Constituição Federal ter apresentado grandes ganhos para a sociedade, nos anos seguintes houve um grande desmantelamento dos direitos conquistados, devido a política neoliberal que se configurou no país (BOSCHETTI; SALVADOR, 2009).

Em 1989, a partir de um encontro nos Estados Unidos da América, ocorreu o conhecido acordo denominado Consenso de Washington, onde foram realizadas

---

<sup>5</sup> Esping-Andersen afirma que existem três tipologias de regimes de bem-estar social: o social democrático, o liberal e o conservador. O Modelo Social Democrático e igualitarismo são praticamente sinônimos, neste modelo todos os indivíduos gozam dos mesmos direitos e benefícios, sejam ricos ou pobres; já o regime de bem-estar Liberal reflete o compromisso político de minimizar o estado, individualizar os riscos e promover soluções por meio do mercado; e por último, o regime de bem-estar Conservador que se assemelha ao regime Liberal, porém no que se refere aos riscos, os responsáveis são os familiares. Ressalta-se que no Brasil é predominante a existência dos sistemas Liberais e Conservador, podendo afirmar que o modelo Social Democrata nunca chegou a existir e efetivar-se no país (ESPING-ANDERSEN, 1991).

<sup>6</sup> O modelo bismarckiano, originou na Alemanha, no final do século XIX, tem como principal objetivo proporcionar renda aos trabalhadores em momentos de riscos sociais consequentes da ausência de trabalho (BOSCHETTI; SALVADOR, 2009).

<sup>7</sup> O Modelo beveridgiano surgiu na Inglaterra após a Segunda Guerra Mundial, tem como propósito o combate à pobreza (BOSCHETTI; SALVADOR, 2009).

uma série de recomendações visando ao desenvolvimento e a ampliação do neoliberalismo<sup>8</sup> nos países da América Latina. Esse Consenso impõe limitações ao Estado na sua relação com a sociedade, aumentando o nível de desigualdade social à medida que nem todos dispõem das mesmas condições para sobreviver (IAMAMOTO, 2015).

Segundo Iamamoto (2015), a partir de 1990, no Brasil, o Governo Fernando Collor de Melo (1990-1992) defendeu a implementação do modelo neoliberal, cujo ideário passou a implicar drásticas reduções nos investimentos públicos, principalmente nas áreas sociais. Nesse sentido, o Estado passou a transferir suas responsabilidades de execução dos serviços para a sociedade civil, transformando-se em Estado mínimo. Alia-se a este processo, a diminuição do repasse de verbas públicas para os setores necessários, resultando na precarização, dilapidando as políticas públicas de direitos sociais e solapando a possibilidade de um sistema de proteção social.

Diante do exposto, percebe-se que os atendimentos nos serviços públicos têm sido reduzidos, ao mesmo tempo em que se apresentam embates diante dos direitos conquistados junto à Carta Constitucional de 1988.

Identifica-se assim, o estímulo aos seguros privados de saúde em detrimento da saúde pública, além da precarização do SUS, do oferecimento de um pacote mínimo de saúde aos mais pobres, que se traduzem em desigualdade de acesso dos usuários aos serviços, na dificuldade de construção de práticas voltadas para integralidade do sistema de saúde, nos dilemas para se alcançar a equidade do financiamento do setor, a falta de articulação da população junto a espaços de controle social, dentre outras questões que envolvem o setor de saúde e que afetam diretamente tanto os usuários quanto o trabalho dos que ali se inserem, dentre os quais, os assistentes sociais (DIAS; LEMOS; SALES, 2011, p. 5).

Cabe notar que, apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, somente a partir da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, este Sistema foi regulamentado e, então, definido como modelo operacional, estabelecendo formas de organização e funcionamento (POLIGNANO, 2016).

---

<sup>8</sup> O projeto neoliberal surge como uma resistência ao Estado do Bem-Estar Social, em oposição a social democracia. Com a crise dos anos de 1970, os princípios neoliberais são reconhecidos como uma saída da instabilidade financeira, recomendando a desarticulação do poder dos sindicatos, como maneira de proporcionar o rebaixamento salarial, ampliar a concorrência dos trabalhadores e estabelecer a doutrina de ajuste monetário (ANDERSON, 1995).

A Lei 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lei 8.142 DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a transferência intergovernamental de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 2011).

As duas normativas citadas referem-se às ações da política de saúde, com objetivo de dar suporte aos serviços prestados, orientadas pelos Artigos da Constituição Federal de 1988, apresentando grandes avanços ao setor. A legislação instituiu e regulamentou o SUS, garantindo que seja concretizado o que estabelece os seus princípios. Cabe destacar que os princípios do Sistema Único de Saúde estão dados na dimensão de princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade. Estes trazem todo um arcabouço na dimensão da concepção de proteção social.

Nesse sentido, é preciso refletir as diretrizes organizativas: a participação popular, enquanto meio de organização da população; a regionalização, ou seja, o serviço deve estar regionalizado e hierarquizado; e, a descentralização com comando único, onde todos os serviços e ações se expressam em responsabilidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde, como ilustrado na imagem a seguir:



FONTE: PORTES (2009).

Na concepção de Simões (2010) referente aos princípios fundamentais do SUS, conforme já mencionado, as conquistas expressam o sentido da humanização da saúde e a perspectiva da saúde enquanto direito do cidadão e dever do Estado. Conforme o autor, a integralidade, nesse sentido, é entendida como um conjunto de ações de promoção ligados aos serviços curativos, preventivos, individuais e coletivos. A sistematização deve estar articulada com a prática que vem sendo desenvolvida para o enfrentamento das dificuldades encontradas ao realizar atendimento no âmbito da saúde.

A universalidade é um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que estes venham a se tornar acessíveis a toda a população. Estabelece atendimento a todos os indivíduos sem distinções, de acordo com suas necessidades e gratuitamente. A equidade almeja oferecer seus recursos de acordo com as necessidades de cada um, de forma que devem ser tratados desigualmente os desiguais para alcançar a igualdade, assim, possibilitando mais saúde para todos superando as desigualdades e as injustiças sociais (SIMÕES, 2010).

A descentralização objetiva a distribuição dos serviços conforme suas proximidades com o cidadão. Acontece na transferência de recursos financeiros, humanos e materiais da esfera federal para a esfera estadual, bem como os municípios, que atuam como forma de controle governamental (SIMÕES, 2010). Outro aspecto relevante, é que o SUS não se resume apenas ao diagnóstico e cura, mas também na promoção da saúde e na prevenção da mesma, por meio da vigilância sanitária, controle de epidemias nas campanhas de vacinação, promoção de pesquisas de novos tratamentos, procedimentos e medicamentos e a realização de campanhas preventivas no âmbito da saúde.

O SUS reúne um amplo conjunto de instituições gestoras e prestadoras de serviços do setor público de saúde, mantido pelas três esferas de governo, e que é ampliado com a participação do setor privado sob uma relação contratual. [...] O acesso universal por parte da população à atenção integral de saúde - um direito assegurado na Constituição Federal - depende dessa articulação entre prestadores públicos e privados em cada local (FINKELMAN, 2002, p.268).

Deve-se ter claro que o SUS permitiu a garantia da saúde através da prevenção, buscando evitar o adoecimento da população. Porém, vale lembrar que os desafios apresentados no SUS, na efetivação de direitos para a população, ainda

permanecem constantes. O atual cenário do SUS é preocupante frente ao aumento da demanda na procura pelo atendimento de saúde, devido o número insuficiente de profissionais especializados no sistema de saúde pública e a forma pela qual vem se dando o seu sucateamento (BRAVO, 2011).

Dessa maneira, uma das propostas desde a Reforma Sanitária para o SUS é manter a efetivação do princípio da integralidade, assim, evitando que o sistema de saúde pública se constitua de programas focalizados, com objetivos de prestar atendimento apenas aos menos favorecidos.

Destaca-se que o SUS é um sistema em construção, com vistas à democratização da saúde e ao direito de acesso universal aos serviços e possui como grande desafio disponibilizar um atendimento universal e integral a todos os cidadãos (PONTES et al. 2009, p. 506).

A política de saúde deve ser planejada e organizada respeitando os princípios do SUS, na perspectiva de garantia de direito dos usuários. Um dos requisitos para o melhor desenvolvimento na saúde é o processo de gerenciamento do fluxo de referência e contra referência, que se constitui na articulação entre os níveis de atenção à saúde, primário, secundário e terciário. A referência são os encaminhamentos do usuário do nível menor para o de maior complexidade, e contra referência do nível maior para o de menor complexidade (JULIANI; CIAMPONE, 1999).

Um dos principais desafios desse Sistema é garantir a acessibilidade ao atendimento para os usuários, que enfrentam dificuldades em dar sequência ao tratamento. Compreende-se assim que, a partir das considerações realizadas neste capítulo, por meio de esclarecimentos embasados em diversos autores, a saúde pública no Brasil vem se metamorfoseando desde a década de 1920 até os dias atuais.

Pode-se afirmar que no debate contemporâneo da política de saúde apresentam-se dois projetos em disputa: o projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 1980 e o projeto Privatista, articulado ao mercado, com predomínio na segunda metade da década de 1990. Conforme Bravo (2011), o primeiro tem como base o Estado democrático de direito, compreende que a saúde é um direito social e dever do Estado, logo garantindo proteção social; enquanto que o segundo tem como base o Estado mínimo, defende a ideia de parceria e privatização, entendendo

a saúde como prestação de serviços àqueles que podem de alguma forma subsidiar sua própria saúde.

Observa-se que o setor de saúde obteve grandes avanços devido às lutas e manifestações dos movimentos organizados em busca de efetivação dos dispositivos constitucionais, porém, ainda há muito a ser conquistado. Hoje com a disposição da Constituição Federal de 1988, dentre outros instrumentos legais que instituíram o Sistema Único de Saúde e a Lei Orgânica da Saúde, que expressam direção da saúde como direito de todos os indivíduos. Todavia, esses direitos não poderão ser efetivados, apesar de estarem previstos nas legislações, se não houver reivindicação e luta para que os mesmos transcendam do papel e sejam implementados.

## 2 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA

Este capítulo pretende destacar a importância do trabalho do Assistente Social na área da saúde. Assim sendo, buscamos abordar brevemente o surgimento do Serviço Social enquanto profissão, dando enfoque à sua perspectiva crítica a partir da década de 1980, expressando os avanços e desafios desta profissão no atual contexto do capitalismo neoliberal. Na perspectiva de expressar o trabalho do Assistente Social na área da saúde, o nosso enfoque será a profissionalização do Serviço Social, a partir de uma perspectiva crítica, que fundamenta o exercício profissional de acordo com os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010).

### 2.1 O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

Para Yazbek (2009) o Serviço Social surge e se desenvolve no Brasil a partir da década de 1930, como resultado de demandas da sociedade capitalista, que se utiliza de mecanismos e estratégias para reprodução da ideologia dominante. Neste período, o Serviço Social passou a ser institucionalizado e legitimado como um dos artifícios do Estado e do empresariado numa relação íntima com a prática cristã, no intuito de enfrentamento e regulação da Questão Social<sup>9</sup> cujas expressões se multiplicavam no país.

De acordo com Yamamoto (1983), a Igreja Católica utilizava-se do Serviço Social para propagar sua doutrina e, desse modo, configurar a atuação dos Assistentes Sociais enquanto práticas voltadas à ideia de fazer o bem, propagando uma dimensão de profissionais benevolentes.

---

<sup>9</sup> A expressão “Questão Social” “surge para dar conta do fenômeno mais evidente da história da Europa Ocidental que experimentava os impactos da primeira onda industrializante, iniciada na Inglaterra no último quartel do século XVIII: trata-se do fenômeno do pauperismo” (NETTO, 2001, p. 152). Nesse período, a expressão questão social se remetia às desigualdades sociais, que resulta das contradições concretas entre capital e trabalho.



É, pois, na relação com a Igreja Católica que o Serviço Social brasileiro vai fundamentar a formulação de seus primeiros objetivos político/sociais orientando-se por posicionamentos de cunho humanista conservador contrários aos ideários liberal e marxista na busca de recuperação da hegemonia do pensamento social da Igreja face à "questão social" (YAZBEK, 2009, p. 04).

Dessa forma, as atividades interventivas da prática profissional eram voltadas aos objetivos da propagação ideológica de cunho religioso, ou seja, recristianização da sociedade através de grupos sociais básicos, principalmente a família. A Igreja estabelecia uma ação doutrinária e organizativa com o intuito de afastar o trabalhador das influências da frente socialista, do movimento operário e pacificar as classes em conflitos por meio do comunitarismo cristão<sup>10</sup> (IAMAMOTO, 2015).

Os profissionais realizavam práticas pautadas em atividade assistencial, efeitos essencialmente políticos, bem como o enquadramento dos trabalhadores nas relações sociais vigentes, reforçando a mútua colaboração entre capital e trabalho. Para isso atuava por meio de entidades filantrópicas privadas e do Estado, ou seja, o Serviço Social orientava-se para uma individualização da proteção legal. Nessa perspectiva, valorizavam-se ações emergenciais e assistencialistas, no campo da caridade e da filantropia, em consequência dos valores e dogmas influenciados pela Igreja, atuando de forma direta na formação dos profissionais de Serviço Social (YAZBEK, 2009).

Yazbek (2009) também nos corrobora, para afirmar quanto a esse primeiro momento que não podemos confundir a doutrinação ideológica pautada nas Encíclicas Papais: *Rerum Novarum*, do Papa Leão XIII, de 1891, e a *Quadragesimo Anno* de Pio XI, de 1931, com as diferentes matrizes do conhecimento que passaram a se constituir pouco mais tarde, no desenvolver do Serviço Social enquanto profissão.

Conforme Iamamoto e Carvalho (2012), esta profissão surge e se desenvolve a partir de uma dimensão interventiva, e, adquire reconhecimento no âmbito da intervenção profissional. Ainda segundo os autores, em 1936 houve a criação da Escola de Serviço Social de São Paulo, e em 1937 inicia-se a Escola de Serviço Social do Rio de Janeiro. Até o surgimento das escolas de Serviço Social exigia-se

---

<sup>10</sup> De acordo com Iamamoto e Carvalho (2012) a recristianização é entendida como um projeto de formação moral e religiosa da população. Neste sentido, a formação do assistente social era influenciada pela Igreja católica, que propagava sua doutrina por meio das ações dos profissionais. A Igreja se preocupava que a partir do movimento, os trabalhadores, teriam condições de questionar a realidade frente à questão social.

do profissional distintas características, dentre elas, o profissional deveria ser dotado de boa vontade, amoroso, íntegro moralmente e ter preparo técnico.

Segundo Netto (2011), a partir do capitalismo monopolista houve uma intensificação da questão social, devido à expansão do capitalismo e conseqüentemente do monopólio, no qual apenas uma pequena parcela da sociedade é beneficiada, resultando no aumento da desigualdade social, a pauperização e violência. Com isso, as ações caritativas, filantrópicas não conseguiam mais maquiar a resolução de problemáticas advindas da questão social.

É a partir de então que o Serviço Social passa por um marco importante denominado Movimento de Reconceituação. Este movimento foi inspirado pelas forças sociais, num período em que ocorre a crise dos padrões de acúmulos capitalistas. Esta crise foi marcada pela internacionalização da economia e pelo fortalecimento do setor privado e do capital internacional. Diante disso, a política social do Brasil foi colocada em segundo plano e, contudo, a profissão de Serviço Social ganha destaque, ainda que favorecendo uma parcela da classe burguesa, numa sociedade dominada pelo capitalismo (AMMANN, 2013).

O Movimento de Reconceituação do Serviço Social é um movimento tipicamente Latino-Americano, que surgiu na metade dos anos de 1960. Foi então que o Serviço Social começa a se questionar contestando ao tradicionalismo profissional, inicia-se o debate sobre o modo como vinham sendo desenvolvidas suas ações, ou seja, pautadas no conservadorismo, a fim de modificá-las. Tal questionamento se dá no contexto das profundas mudanças que se operam no nível continental, marcadas pelas lutas sociais resultantes da expansão do capitalismo no cenário mundial (IAMAMOTO, 2015).

De acordo com Ortiz (2010), este movimento contribuiu para o autoquestionamento da profissão, imprimindo aos profissionais de Serviço Social a necessidade de reconhecimento e atuação na defesa dos direitos da classe trabalhadora. Nesse sentido, Yazbek (2009) confirma que o movimento de Reconceituação nasceu como um movimento de denúncia, de autocrítica e de questionamentos societários, que tinha como objetivo a construção de um novo Serviço Social Latino-Americano.

É importante destacar que tal ocorrência foi necessária ao Serviço Social, que

se apropriando de diferentes teorias<sup>11</sup> marcou a profissão em cada momento de seu processo de legitimação. É válido ressaltar quanto às vertentes, estas influenciadas por matrizes teóricas, que contribuíram para o processo de renovação do Serviço Social no Brasil: a vertente modernizadora de tradição positivista, a reatualização do conservadorismo de matriz fenomenológica e a vertente de intenção de ruptura expressa pela aproximação da teoria social crítica (YAZBEK, 2009).

Quanto a vertente modernizadora, esta buscava direcionar o Serviço Social através da revisão de métodos e técnicas, de modo a adaptar as novas exigências postas pela conjuntura. De acordo com Netto (2001), essa vertente iniciou-se no Seminário de Araxá, em 1967, e se consolidou no Seminário de Teresópolis, em 1970.

Já a vertente da reatualização do conservadorismo apresenta enfoque psicologizante das relações sociais constituído por três conceitos, sendo eles: o diálogo, a pessoa e a transformação social, orientadas pela dimensão da fenomenologia (NETTO, 2001).

E, a vertente de intenção de ruptura, expressou a reflexão sobre a importância dos profissionais de Serviço Social se tornarem conscientes sobre sua inserção na sociedade de classes. Segundo Netto (2011), o método Belo Horizonte foi o marco deste momento, que possibilitou o rompimento com o Serviço Social tradicional, na busca pela construção de uma alternativa global ao tradicionalismo.

É importante destacar que no ano de 1979, ocorreu em São Paulo, o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, conhecido como “Congresso da Virada”, foi um encontro de Assistentes Sociais, marcado por grandes transformações e mudanças relacionado à atuação dos Assistentes Sociais e ao projeto ético político da profissão. Foi quando os estes profissionais começaram a articular o conhecimento de que o Serviço Social está dividido entre a relação capital/trabalho e nas profundas relações entre Estado e Sociedade. O Congresso da Virada revelou novas possibilidades a partir de reflexões no trabalho, dos profissionais que estão correlacionados com a vida social dos indivíduos (CFESS, 2009)

---

<sup>11</sup> As teorias Funcionalistas e Fenomenologia entende que o indivíduo que atua na sociedade deve ser ajustado de acordo com o que a sociedade exige, culpabilizando o indivíduo. Enquanto a Funcionalista aponta para um trabalho voltado ao ajustamento dos indivíduos, a Fenomenologia expressa a realização de um trabalho com ênfase no indivíduo através do diálogo, da ajuda psicossocial a fim de que estes possam mudar sua problemática e resolver os seus problemas. (YAZBEK, 2009)

Nos anos de 1980, o debate brasileiro avança da negação e denúncia do tradicionalismo em luta efetiva de seus dilemas e obstáculos Teórico-Práticos. Dessa maneira, o debate brasileiro incide sobre a inserção histórica do Serviço Social na sociedade brasileira, desdobrando-se na reconstrução histórica dessa profissão no país, regida por diferentes perspectivas teóricas (IAMAMOTO, 2015).

De acordo com Iamamoto (2015), a ruptura com o Serviço Social Tradicional só foi possível a partir da aproximação com as obras de Marx, porém, o primeiro contato se deu por meio de autores que realizaram leituras das obras, num primeiro momento de forma equivocada, acarretando o atraso ao rompimento do conservadorismo. É possível analisar que o Serviço Social ao longo dos anos ganhou criticidade, conforme foi amadurecendo suas ideias e avançando no campo do conhecimento, cujo marco é a década de 1980, a partir do avanço no âmbito da pesquisa e da produção de conhecimento, como nos expressa a autora. Todo esse marco permitiu que fossem estabelecidos mecanismos e estratégias de reflexão e aproximação da profissão aos movimentos do conjunto da classe trabalhadora.

## **2.2 SERVIÇO SOCIAL ENQUANTO PROFISSÃO A PARTIR DA DÉCADA DE 1980**

A partir da aproximação teórica de Marx, os profissionais de Serviço Social adquiriram conhecimento deixando de trabalhar numa perspectiva conservadora, de culpabilização do indivíduo e conscientes de que a desigualdade não é natural, pois, é fruto de uma sociedade capitalista, onde a apropriação do resultado do trabalho coletivo ocorre de forma individual por uma parcela da população, expressando que poucos têm muito e muitos têm pouco (IAMAMOTO, 2015)

Esta profissão, inserida no bojo da luta de classes, entre o Estado e as classes sociais, se configura como uma profissão autônoma, consciente e, que se constitui historicamente, de caráter sociopolítico, crítico e interventivo, regulamentada pela Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, que estabelece competências e atribuições privativas do profissional e garante a disciplina e defesa do exercício da profissão.

A categoria de seus profissionais possui um projeto profissional que foi amplamente discutido e construído coletivamente, que se iniciou na década de 1970

e passa a se consolidar a partir da década de 1990. Para Yazbek (2004), o processo de construção do projeto ético-político envolve:

[...] um conjunto de componentes que necessita se articular: são valores, saberes, e escolhas teóricas, práticas, ideológicas, políticas, éticas, normatizações acerca de direitos e deveres, recursos políticos organizativos, processos de debate, investigação, interlocução crítica com o movimento da sociedade, da qual a profissão é parte e expressão (YAZBEK, 2004, p.12).

De fato, o projeto ético-político é composto pelo pluralismo, ou seja, indivíduos de diferentes origens se encontram em posições e expectativas sociais distintas, com comportamento, ideias, teorias, políticas, ideologias variáveis. Portanto, dentro do projeto temos categorias riquíssimas como a igualdade, a democracia e as divergências que se dão pelas origens heterogêneas. Segundo Teixeira e Braz (2009), o projeto ético político fornece aos profissionais elementos fundamentais para enfrentar as dificuldades que se apresentam nos diversos campos nos quais os profissionais estão inseridos. Esses enfrentamentos se dão por meio de compromissos, que são construídos coletivamente pela categoria.

De acordo com Netto (2009), o projeto ético político tem como principal valor o reconhecimento da liberdade - onde os indivíduos possam ter autonomia para realizar escolhas dentre alternativas. Posiciona-se a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva de universalização do acesso aos bens e serviços referentes às políticas e programas sociais. Este projeto é vinculado às classes trabalhadoras, e possui um conjunto de elementos, como as teorias que vão proporcionar aos profissionais um arcabouço teórico-metodológico que permite a defesa expressa por sua direção crítica.

Segundo o autor, os projetos societários expõem um reflexo da sociedade a ser estabelecida, que reclamam determinados valores para justificá-la e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-la. Constituem-se em projeto macroscópico, para o conjunto da sociedade, ou seja, projetos de classe. Nessa perspectiva, os Assistentes Sociais devem possuir um posicionamento político, na construção de uma nova ordem social, pautada na superação da opressão, dominação de classe, etnia e gênero; o debate é algo fundamental para o projeto ético-político, e, para isso o espaço para sua discussão é algo que deve ser necessário.

Este projeto tem como suporte o Código de Ética, a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662 de 1993) e as Diretrizes Curriculares. O Código de Ética foi revisado em 1993, contendo onze princípios fundamentais, sendo alguns deles, o reconhecimento da liberdade e a justiça social, defesa dos direitos humanos, democracia (tomada como valor ético-político central).

O Código de Ética do Assistente Social é imprescindível para direcionar o exercício profissional, pois, o mesmo possibilita o desenvolvimento do trabalho numa perspectiva de assegurar que os direitos viabilizados por meio das políticas públicas cheguem com qualidade aos usuários. Logo, este documento deve ser utilizado pelo Assistente Social como instrumento que irá direcionar as ações executadas pela categoria profissional (IAMAMOTO, 2015).

A partir da Lei de Regulamentação da Profissão e do atual Código de Ética Profissional de 1993, apresentam-se novas propostas para a atuação dos Assistentes Sociais, normatizando as competências e atribuições privativas do profissional, garantindo a disciplina e defesa do exercício da profissão. A Lei de Regulamentação da Profissão é o ponto de partida no que diz respeito ao trabalho do Assistente Social, destacando os Artigos 4º e 5º como os principais que abordam sobre as competências e atribuições privativas do Assistente Social.

Tendo em vista o disposto acima, o perfil do Assistente Social para atuar nas diferentes políticas sociais deve se pautar nas Diretrizes Curriculares, no Código de Ética e nas Legislações pertinentes à profissão e à defesa dos direitos da classe trabalhadora. Nesta direção, o profissional deve compreender o contexto sócio histórico em que desenvolve suas intervenções, organizando seu trabalho, estipulando competências e atribuições necessárias ao enfrentamento das situações e demandas sociais que se apresenta em seu cotidiano (IAMAMOTO, 2015).

### **2.3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL: COM ÊNFASE NA ÁREA DE SAÚDE**

O Assistente Social desenvolve seu trabalho nas mais diversas áreas em que atua, tais como: saúde, educação, lazer, habitação, previdência, assistência social, justiça, dentre outras, com a competência para planejar, gerenciar, administrar, executar e assessorar políticas, programas e serviços sociais (CFESS, 2006).

Historicamente o Assistente Social vem atuando na implementação de políticas sociais, principalmente políticas públicas. Considerando sua dimensão interventiva, configurou-se nos marcos dessa história como um profissional que atuava como mero executor terminal das políticas sociais, nos dizeres de Netto (1992). Todavia, na contemporaneidade, segundo Iamamoto (2015) “o próprio mercado demanda, além de um trabalho na esfera da execução, a formulação de políticas públicas e a gestão de políticas sociais”, expressando o avanço e o reconhecimento desta profissão.

Para Martinelli (2011) e Yazbek (2009), o Assistente Social atua diretamente sobre o conjunto de expressões das desigualdades sociais, que se originam do antagonismo entre a produção social que se dá coletivamente e a apropriação privada, individual, dos frutos do trabalho. Este profissional é desafiado diariamente a criar estratégias de intervenção para atuação nos diversos contextos que se apresentam como demanda profissional, tais como: o enfrentamento das desigualdades sociais, a fome, a violência, o desemprego, discriminação de gênero e etnia, a precarização do trabalho, dentre outros.

Conforme Iamamoto (2015) é essencial para o profissional a capacidade de decifrar as novas mediações, por meio das quais se expressam a questão social, de modo a apreender as várias expressões que se constituem na atualidade, e assim projetar e criar formas de resistência e de defesa da vida, nos marcos da sociedade capitalista.

O profissional deve ter competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais. Requer, pois, ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional (IAMAMOTO, 2015, p. 21).

A inserção do Serviço Social na área da saúde justifica a importância destes profissionais no processo de reprodução das relações sociais, a partir da demanda que se coloca no sistema de saúde na defesa e na garantia dos direitos da classe trabalhadora.

[...] ao atender às necessidades imediatas e mediatas da população, o Serviço Social na Saúde interfere e cria um conjunto de mecanismo

que incidem sobre as principais contradições do sistema de saúde pública no Brasil (COSTA, 2009, p. 315).

Conforme Bravo (2009), foi a partir de 1945 que o setor passou a requisitar este profissional, num cenário marcado pelo processo de expansão do capitalismo. Segundo Lanza; Campanucci e Baldow (2012) como ainda não existia uma lei que estabelecia a saúde como um direito universal, suas características seletivas possibilitavam a exclusão dos usuários, realizando atividades que tinham o propósito de assegurar os serviços e benefícios. Porém, devido ao caráter seletivo dos mesmos, mantinham práticas pautadas muito mais na exclusão do que na inclusão.

É apenas mais tarde, a partir da C.F/88, com a dimensão de organização da saúde, que o Serviço Social passa a ser requisitado pela sua dimensão crítica, já no processo de rompimento com o Serviço Social conservador.

Considerando que, a partir da década de 1990, com a implementação do projeto neoliberal no país, se amplia o antagonismo entre o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto privatista, manifestando distintas exigências ao Assistente Social. Enquanto o Projeto Privatista requisita ao profissional numa perspectiva do desenvolvimento de ações fiscalizatórias dos usuários, através da seleção socioeconômica, do assistencialismo, propagando a ideologia do favor, dentre outros, o projeto da Reforma Sanitária traz como demanda ao Assistente Social o trabalho na perspectiva de democratização do acesso aos serviços de saúde, em consonância com o que rege os princípios do SUS (BRAVO; MATOS, 2009)

É de suma importância destacar que, através de uma concepção crítica na política de saúde, o exercício profissional do Assistente Social deve se pautar na defesa do Projeto Ético Político da profissão, articulado ao Projeto da Reforma Sanitária. Para isso, o profissional pode se utilizar da Constituição Federal de 1988, que assevera os direitos sociais, a democracia, a universalização dos direitos, garantindo o acesso aos serviços de saúde gratuitamente.

Segundo os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde, um dos grandes desafios postos aos Assistentes Sociais no âmbito de sua atuação nesta área, é identificar quais são as suas reais atribuições dentro do espaço institucional. Assim sendo, por vezes profissionais acabam exercendo outras atividades, consideradas como não atribuições dos Assistentes Sociais, tais como:



- marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes;
- solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- pesagem e medicação de crianças e gestantes;
- convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- comunicação de óbitos;
- emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social (CFESS, 2010 p. 44-45).

Portanto, estes profissionais devem compreender sua profissão tendo como base os instrumentos normativos, as orientações das entidades representativas, suas legislações específicas e legislações gerais que regem a política de saúde, assim como suas competências e atribuições e seu posicionamento ético, na defesa pelo Sistema Único de Saúde e pela efetivação do direito social à saúde.

De acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010), uma atuação competente e crítica do Serviço Social neste setor, requer do Assistente Social:

- 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 (CFESS, 2010, p. 28-29).

Diante disso, observa-se que grandes desafios são apresentados aos Assistentes Sociais, visto que, estes devem permanecer em constante luta na defesa da democratização e universalização das políticas públicas, contradizendo as perspectivas neoliberais que esmagam os direitos dos usuários e comprometem as conquistas obtidas pela população e, defendidas pelo projeto ético-político profissional (CFESS, 2010).

Os Assistentes Sociais, nesse sentido, são formados e qualificados para desempenhar ações nas mais diversas áreas. No setor de saúde, para que estes profissionais não caiam nas ciladas do comodismo, o profissional deve estar em constante busca por conhecimentos e do entendimento de quais são suas reais competências no seu espaço de trabalho. Devem sempre se orientar nos princípios éticos-políticos, de modo que conseguirão identificar suas atribuições e, assim, desempenhar ações direcionadas aos usuários ampliando o acesso aos direitos sociais (BARROCO; TERRA, 2012)

Nessa mesma direção, o profissional articulado aos demais profissionais do setor de saúde tendem a viabilizar uma política em que haja compromisso social e a garantia de direitos, através da socialização de informações sobre os recursos existentes e os encaminhamentos direcionados para os diversos setores, com o objetivo de compreensão e atendimento às demandas apresentadas pelos usuários (CFESS, 2010). Cabe destacar que o trabalho direcionado a socialização de informações fornece o entendimento da emancipação humana, levando-os ao conhecimento crítico de sua realidade, compreendendo que a saúde é entendida constitucionalmente como um direito que perpassa pela dimensão do direito coletivo.

Considerando o objetivo deste capítulo em que se expressa o desenvolvimento de uma profissão em termos de fundamentos históricos e contemporâneos, compreendendo-a pela importância de sua inserção no âmbito da saúde pública, o conteúdo sistematizado e apreendido, o Serviço Social vai se desenvolvendo e se constituindo enquanto profissão crítica numa dimensão histórica. Ao mesmo tempo em que apresenta avanços, também denota inúmeros desafios, sendo um deles a consolidação de seu projeto ético-político e a sua

vinculação aos preceitos de defesa da Reforma Sanitária não materializada, mas, que possibilita uma perspectiva de defesa da saúde com qualidade aos usuários.

A partir dos parâmetros de atuação dos Assistentes Sociais na saúde vislumbra-se que este profissional tem uma direção social nas possibilidades da efetivação do seu trabalho profissional, do seu projeto ético-político e de sua autonomia relativa, no atendimento e na qualidade dos serviços prestados aos usuários.

### **3 OS DESAFIOS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS QUE ATUAM EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE A PARTIR DE MUNICÍPIOS VINCULADOS À 22ª REGIONAL DE SAÚDE**

O presente capítulo apresenta a metodologia da pesquisa, bem como o resultado da análise dos dados da pesquisa de campo. Expressa os inúmeros desafios no trabalho dos Assistentes Sociais tendo em vista os eixos de análise, onde foi possível compreender que o Serviço Social ocupa um espaço de relevada importância no campo da saúde, aliado à necessidade de reafirmar cotidianamente sua imagem a partir de um processo que vai além da operacionalização de seus instrumentos técnicos-operativos. Compreende-se a importância da relação desses instrumentos e o conhecimento quanto aos determinantes no processo de organização da saúde, enquanto política, visando o atendimento com qualidade aos seus usuários. A partir disso, os profissionais devem ter conhecimento ampliado diante das demandas apresentadas na sociedade para ter clareza de suas atribuições reafirmando cotidianamente o compromisso ético e político com a classe trabalhadora.

#### **3.1 METODOLOGIA DA PESQUISA**

A presente monografia constitui-se a partir de uma pesquisa social que teve como base metodológica a abordagem qualitativa. Este método, segundo Minayo (2013), utiliza como objeto o estudo das histórias, relações, representações, crenças, percepções, opiniões e interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem. Para a autora, esta modalidade permite melhor abordagem nas investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados analiticamente.

Vislumbrando dar base ao mote teórico deste trabalho, realizou-se uma revisão de literatura a partir de um levantamento bibliográfico, que se deu a partir da sistematização de registros disponíveis em documentos impressos, como livros e artigos, dentre outros, que expressavam o trabalho do Assistente Social enquanto profissional da área da saúde. Segundo Severino (2007), o levantamento

bibliográfico permite ao pesquisador resgatar informações que já foram publicadas sobre o tema que pretende-se investigar, utilizando-se de mecanismos de buscas na internet, bem como, bibliotecas virtuais disponibilizadas na web.

Realizou-se ainda a pesquisa de campo. Por este procedimento é possível compreender os fenômenos expressos no cotidiano, observar os fatos e interpretá-los. Ao considerarmos a importância dessa etapa, compreendemos a importância da observação *in loco*, por esta possibilitar o olhar sobre o cotidiano onde ocorre o desenvolvimento das relações (FONSECA, 2002).

Ao optar pela realização de entrevistas na fase da pesquisa de campo, consideramos a definição de Marconi e Lakatos (2011), e Minayo (2013), que consideram a entrevista como o encontro entre duas pessoas ou mais, a fim de obter informações a respeito de determinado assunto, por meio de uma relação dialógica, de natureza investigativa, efetuada face a face entre o pesquisador e o sujeito da pesquisa.

Para compreensão dos dados obtidos optamos pela análise de conteúdo, na qual segundo Severino (2007), se constitui a partir das informações presente nos documentos pronunciados de diferentes formas e linguagens, tais como: escritos, orais, imagens, gestos e assim obtendo o significado das mensagens. Tal procedimento, conforme o autor, permite ao pesquisador ir além das palavras, bem como os dados obtidos a partir de perguntas e depoimentos, dando sentido analítico às expressões fornecidas pelos sujeitos.

### **3.2 PROCEDIMENTOS DE ESCOLHA DOS SUJEITOS DA PESQUISA**

Durante a realização deste trabalho, realizamos um mapeamento a partir de contato telefônico junto à 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã-PR<sup>12</sup>, buscando coletar informações referente aos profissionais de Serviço Social que atuavam nessa região, especificamente em Unidades Básicas de Saúde. Consideramos ainda os dados apresentados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

---

<sup>12</sup> É válido apresentar que a 22ª Regional de Saúde do estado do Paraná, está localizada no município de Ivaiporã, região Centro-Norte do estado. A Regional de saúde é referência para 16 municípios, que compreendem: Arapuã, Ariranha do Ivaí, Cândido de Abreu, Cruzmaltina, Godoy Moreira, Ivaiporã, Jardim Alegre, Lidianópolis, Lunardelli, Manoel Ribas, Mato Rico, Nova Tebas, Rio Branco do Ivaí, Rosário do Ivaí, Santa Maria do Oeste e São João do Ivaí.

(CNES), um instrumento de informações disponível na internet, que permite informações de profissionais que atuam em estabelecimentos de saúde no Brasil. A consulta nesta ferramenta, permitiu sistematizar informações dos profissionais de uma forma geral, tais como: o número de funcionários e instituições por município, a carga horária de trabalho e a forma de contrato, conforme destacamos no quadro a seguir:

Quadro 01: Profissionais inseridos de acordo com os espaços institucionais nos municípios que compõem a 22ª Regional de Saúde

<b>Vínculo empregatício</b>	<b>Carga Horária</b>	<b>Assistente social</b>	<b>Instituição</b>	<b>Município</b>
Estatutário	40 hrs	01 profissional	Centro de Saúde	Jardim Alegre
Contrato por tempo determinado	20 hrs	01 profissional	Centro de Saúde	Lunardelli
Estatutário	20 hrs	01 profissional	Posto de Saúde Central	Ivaiporã
Emprego público	15 hrs	01 profissional	Hospital M. São Francisco de Assis	Cândido de Abreu
Emprego público	15 hrs	01 profissional	Posto de Saúde	Cândido de Abreu
Estatutário	15 hrs	01 profissional	Centro de Saúde	Cruzmaltina
Estatutário	20 hrs	01 profissional	UAPSF	Cruzmaltina
Contrato por prazo determinado	20 hrs	01 profissional	Posto de Saúde	Rio Branco do Ivaí
Estatutário	20 hrs	01 profissional	UBS	Nova Tebas
Sem intermediação (RPA) – autônomo	20 hrs	01 profissional	Centro M. de Saúde	Santa Maria do Oeste

**FONTE:** Adaptado pelas próprias autoras, a partir do CNES (2016)<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Es\\_Municipio.asp?Estado=41&NomeEstado=PARANA](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=41&NomeEstado=PARANA)>. Acesso em: 13 jul. 2016.

A partir desse mapeamento, escolhemos fazer o contato com cinco profissionais, sendo um de cada município, que atuavam na Unidade Básica de Saúde (UBS). O caminho para o contato com os sujeitos foi desafiador, sendo que destes conseguimos o retorno positivo e realizamos a entrevista com apenas dois sujeitos dentre o universo inicial, a partir do perfil dos municípios que levantamos para realização do estudo.

A primeira profissional contatada se recusou em participar da entrevista alegando não ser possível, pois entraria de licença-prêmio<sup>14</sup>. A segunda profissional respondeu que aceitaria mediante um documento formalizado pelo orientador do Trabalho de Conclusão de Curso, o qual foi encaminhado, entretanto, aguardamos a resposta por um determinado período e não sendo possível dentro do tempo estabelecido pelo cronograma, o que determinou a não realização desta entrevista.

Já a terceira pessoa escolhida concordou em realizar a entrevista. No entanto, fora agendada e, no ato da visita, não se encontrava na UBS. É válido ressaltar que ao chegarmos ao local marcado nos deparamos com usuários aguardando por atendimento do profissional e, no entanto, até aquele momento, nem mesmo os profissionais que trabalhavam na UBS sabiam onde a encontravam. Entramos noutro momento em contato com a profissional e a mesma sugeriu realizar a entrevista por telefone, o que diante das informações consideramos por não utilizar os dados, visto que prejudicaria a qualidade dos dados dada impossibilidade de uma relação expressa no processo, principalmente, quanto a não observação e coleta das informações *in loco*, o que poderia mascarar as informações.

A quarta e a quinta profissionais concordaram em realizar a entrevista, contribuindo ricamente quanto ao que buscamos compreender, a partir do objeto de estudo. Com relação aos profissionais entrevistados decidimos por não mencionar seus nomes de forma a manter o sigilo, bem como não mencionaremos seus municípios considerando pelos portes e pela disponibilidade de equipamentos, quando possui um único profissional de Serviço Social atuando no setor. Dessa forma optamos por tratar como Profissional A e Profissional B os sujeitos da pesquisa.

A definição por esses profissionais se deu a partir da delimitação do objeto de pesquisa, buscando conhecer os desafios do exercício profissional do Assistente

---

<sup>14</sup> Licença remunerada a que o funcionário tem direito na proporção de três meses para cada cinco anos servidos (BRASIL, 1990).

Social na área da saúde pública dos municípios vinculados à 22ª Regional de Saúde. Esses profissionais foram convidados para participar da pesquisa e responder a entrevista a partir de um roteiro com questões semiestruturadas (que se encontra no Apêndice).

Conforme se observa no quadro 01, apesar do Assistente Social ser um profissional de extrema relevância para subsidiar interpretações das expressões da questão social dadas no âmbito da saúde, infelizmente, são poucos os municípios que dispõem deste profissional em seu quadro de funcionários. Também observamos que há apenas um Assistente Social que atua na área da saúde em cada um dos municípios muitas vezes assumindo inúmeras atribuições sejam elas na atenção básica, ou na atenção especial em saúde. Outra questão que nos chamou atenção é que há município em que o profissional atua quinze ou vinte horas, ainda com o acúmulo de funções de outras profissões, sendo essa profissão tão importante na perspectiva de garantia de direito dos usuários.

A seguir buscamos analisar de fato os dados coletados e sistematizados, a partir dos eixos que se colocam ao trabalho, compreendendo a efetivação da política de saúde; as condições de trabalho dos Assistentes Sociais; o atendimento aos usuários no âmbito da saúde; e, os limites e desafios para o exercício profissional do Assistente Social.

### **3.3 A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NA REGIÃO A PARTIR DA OBSERVAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS**

Buscando compreender como está a efetivação da política de saúde na região, por meio da observação dos Assistentes Sociais entrevistados, considerando todo um processo de luta e organização a partir da Constituição Federal de 1988, indagamos como os profissionais analisam a efetivação dessa política na dimensão dos princípios do SUS.

Para o Profissional A, a área da saúde apresentou consideráveis avanços comparado aos anos anteriores à Constituição Federal de 1988, no qual informa que as pessoas precisavam contribuir para receber atendimento.



Eu acho que assim, melhorou bastante, antes da Constituição as pessoas tinham que contribuir, só quem contribuía que tinha acesso, agora o acesso é universal. Eu acho que melhorou bastante, mas ainda tem muito a melhorar (Profissional A).

A partir da expressão desse profissional, observa-se que após a Constituição Federal de 1988 a política de saúde tornou-se universal. A política de saúde antes desse período não era garantida pelo Estado, pois quem não contribuía com o sistema previdenciário era impedido de acessar aos serviços.

O Profissional A destacou ainda, que considerando a realidade do município, por ser pequeno, a saúde tem apresentado melhoras, todavia, a mesma ainda requer um olhar do Estado, ao que isso vai expressar inúmeros desafios quanto a agilidade do atendimento. Ainda aprofundando essa perspectiva, reconhece que o atendimento:

[...] às vezes demora um pouco, porque é na área de especialidades, porque não é obrigação do município a média e alta complexidade, o município seria obrigado só na questão primária, e seria responsável o governo federal, mas isso não acontece, e então sobra para o município porque o usuário está aqui, e a gente demora um pouco, mas a gente consegue (Profissional A).

Observa-se que a partir da compreensão do sujeito da pesquisa, a saúde compreende seus níveis de especialidades, tendo as suas diferenciações no âmbito da gestão do SUS, em que se divide: atenção básica em saúde e atenção especial. É importante salientar que os princípios do SUS já traduzem isso quando dispõem da organização, todavia, ainda que haja essa separação entre a atenção básica e atenção especial, este não pode ser fator preponderante para eximir o governo federal e estadual de suas responsabilidades.

Importante assumirmos que na defesa da saúde pública e na perspectiva da Reforma Sanitária, bem como os Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde o olhar técnico sobre a saúde deve ser mais ampliado. Ou seja, não podemos naturalizar que o município por ser pequeno seja desresponsabilizado de fazer gestão em saúde, de atuar nas dimensões do planejamento e da organização de modo que o direito deixe de ser garantido aos usuários, tal como estabelece os princípios do SUS.

Quanto ao relato de que “a gente demora um pouco, mas a gente consegue”, é importante observar o quanto é importante para a profissão refletir as determinações de maneira crítica, entendendo os limites do município, todavia sem

naturalizar que o município demora, mas consegue, ou que a boa vontade supere a importância deste atendimento enquanto um direito. De acordo com Bravo (2009), a universalização do direito é um dos princípios fundamentais do SUS, presente no projeto da Reforma Sanitária. Os profissionais devem pautar-se na concepção de garantir a agilidade ao atendimento, de forma que este seja ampliado e não focalizado.

O Profissional A, expressa ainda que os profissionais conseguem trabalhar de acordo com os princípios do SUS, afirmando que para desenvolver o trabalho precisam da colaboração do gestor, e, este tem contribuído. Observa-se que há um determinado equívoco, pois quando se analisa o relato “demora um pouco, mas a gente consegue”, observamos que este município não está de acordo com os princípios do SUS, ou seja, não há um fluxo estabelecido pelo município na dimensão da gestão em saúde.

Do ponto de vista do sujeito da pesquisa, em comparação a outros municípios, quanto ao destaque de que este município não enfrenta dificuldades em relação ao tempo de espera nos atendimentos, observamos aqui outro equívoco. Se “demora um pouco, mas consegue” e ao mesmo tempo o município não vê dificuldade na espera do atendimento, expressa-se a particularidade da região, através de um olhar muitas vezes defensor e paternalista, o que requisita uma dimensão de totalidade para compreender nas teias da realidade concreta os determinantes que muitas vezes são naturalizados.

De acordo com Iamamoto (2009), os profissionais em seu exercício profissional estão diante de diversos dilemas para que consigam executar o seu trabalho. Deverão possuir novas determinações e mediações, pois devem ultrapassar o caráter burocrático, por meio de reflexões a partir das demandas apresentada pelos usuários, executando e estabelecendo a garantia de direitos.

O tempo de demora para conseguir vaga de encaminhamento para diversas especialidades varia em média de um mês. E quando é Cardio, outras especialidades que é mais urgente assim, é três dias ou dois dias no máximo a gente já consegue. E tem município, que eu acompanho quando não tem família para acompanhar, como esses tempos que fui lá no consórcio em Apucarana, observei que tem municípios que demora uns seis meses para ter um atendimento de cardio, que era urgente sabe, e a gente no máximo três ou quatro dias consegue encaixar a pessoa (PROFISSIONAL A).

Observa-se que o atendimento de saúde nessa dimensão não se dá numa perspectiva coletiva, mas ocorre numa dimensão individual de classificação dos riscos. Conforme os Parâmetros de atuação dos Assistentes Sociais na saúde os profissionais necessitam estar em constante capacitação, buscando compreender as dimensões dadas pelo imediatismo disposto nas políticas sociais do Estado capitalista e, numa perspectiva crítica e investigativa, compreender os usuários em sua totalidade (CFESS, 2010).

Uma condição relevante para aprofundar a observação do *lócus* institucional onde estes profissionais estão inseridos, é importante destacar a compreensão dos recursos humanos e financeiros disponíveis, uma vez que estes irão implicar diretamente no atendimento e conseqüentemente na efetivação dos direitos aos usuários.

Os recursos são bem precários e a demora para exames e consultas. Então é um direito de todos, mas não consegue atingir toda a população, por causa dos recursos, são poucos então não tem como, é muita fila, é muito grande a espera (PROFISSIONAL B).

Observa-se que ainda há muitas dificuldades que os usuários da política de saúde enfrentam para acessar seus direitos. O Estado deveria priorizar essa política, porém, na perspectiva neoliberal, o mesmo vem cada vez mais se eximindo de suas responsabilidades, cortando os gastos com o que é público. É notável que, o que deveria ser direito de todos acaba sendo um mecanismo de exclusão, tendo que classificar quem é mais pobre ou quem precisa mais para conseguir o atendimento.

Considerando que o SUS é direito universal e dever do Estado, quando este não cumpre com sua responsabilidade, não consegue atender a toda população, tornando-se uma política focalizada.

As dimensões do trabalho do Assistente Social no âmbito da efetivação do direito da política de saúde, na observação desses profissionais têm ligação íntima com a gestão da política. É a partir do reconhecimento da gestão dessa política com relação aos direitos desses usuários que irá se vislumbrar um atendimento com qualidade, tanto pela política pública quanto principalmente pelo serviço prestado por esse profissional.

### 3.4 CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE

Acerca das Condições de trabalho dos Assistentes Sociais, buscamos observar como esses profissionais consideram as dimensões para o atendimento aos usuários. Para o Profissional A, há uma falta de condição no que se refere ao espaço físico:

[...] A gente tem uma sala compartilhada, eu não tenho uma sala só minha, quando eu tenho que fazer atendimento, eu tenho ou que pedir para o pessoal sair ou eu vou em outra sala que não tenha alguém, então eu acho que o espaço físico tá falhando aí porque eu não tenho uma sala só para mim.

Sobre o relato trazido por esse profissional, observamos que o espaço sociocupacional contraria a Resolução CFESS nº 493 de 21 de agosto de 2006. Esta Resolução esclarece sobre as condições técnicas e éticas do exercício profissional, principalmente os Artigos 1º e 3º. Conforme o Art. 1º é obrigatório, que o Assistente Social tenha um espaço físico adequado para a realização e execução de qualquer atendimento ao usuário, enquanto o Art. 3º destaca que o assistente social deve realizar o atendimento com portas fechadas, dispor de sala ventilada, armário com chaves, dentre outras condições indispensáveis para que seja garantido o sigilo profissional em seu atendimento (CFESS, 2006)

Já o Profissional B destacou mudanças que ocorreram no seu espaço ocupacional.

Depois da mudança, agora vai ser bem melhor para atender porque lá não tinha espaço mesmo para o profissional, a sala do assistente social era emprestada, tinha que dividir com outros profissionais então não tinha um local adequado. Agora com a mudança, primeiro dia hoje de atendimento, então vai ser bem melhor para atender o público.

Observa-se que no atual momento em relação ao espaço físico, o Profissional B possui condições de oferecer um atendimento adequado aos usuários conforme estabelece instrumentos jurídicos normativos do Serviço Social. De acordo com a Resolução 493/2006 em seu Art. 2º, o espaço de atendimento do Assistente Social deve ser suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as

particularidades de cada usuário, e deve dispor e assegurar as seguintes características físicas:

- a- iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional;
- b- recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional;
- c- ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas;
- d- espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado (CFESS, 2006).

Infelizmente não são todos os profissionais da área da saúde que possuem esse conhecimento, colocando o Assistente Social como profissional que deva atender em qualquer local de trabalho. Cabe também ao Assistente Social comunicar à instituição em que trabalha, sobre as devidas inadequações, quanto às condições éticas, físicas e técnicas do exercício profissional, recomendando ao empregador mudanças necessárias para melhoria dos atendimentos.

Diante da não adequação do empregador perante as irregularidades é dever do Assistente Social comunicar ao Conselho Regional de Serviço Social, órgão que fiscaliza a profissão no âmbito da sua jurisdição, quanto às irregularidades não sanadas, solicitando orientações e providências e fortalecendo seu posicionamento ético e político em defesa dos direitos dos usuários na área da saúde. Conforme o Código de Ética do Assistente Social, um dos direitos do assistente social é dispor de condições dignas de trabalho, sendo válido tanto em instituição pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional (CFESS, 2012).

### **3.5 O ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS NO ÂMBITO DA SAÚDE**

Neste ponto buscamos identificar os meios materiais disponíveis para o exercício profissional do Assistente Social na perspectiva da qualidade do atendimento e a relação entre o caminho possível, desde a demanda, até o atendimento ao usuário em sua totalidade, dado que esta é razão pela qual estes profissionais são requisitados.

Os meios materiais são de extrema importância para a realização do atendimento. De acordo com o Profissional A:

Quanto aos equipamentos a gente tem acesso a tudo, tudo que precisa sempre é fornecido, tudo que a gente pede. São suficientes sim, nunca precisei esperar para fazer uma visita urgente, quanto aos bens materiais está tranquilo.

A partir do relato do Profissional B, foi possível identificar a expressa dificuldade quanto à disponibilidade de mecanismos para que este realize seu trabalho.

Não, não temos materiais para trabalhar. Então é bem precário mesmo, o que a assistente social usa é emprestado, igual o computador, não tem transporte, então o recurso é bem precário, para o assistente social na saúde é bem precário, não tem.

Observa-se que diante do relato apresentado pelos profissionais A e B, há diferenças consideráveis em relação aos equipamentos de trabalho. Enquanto um apresenta que estes são suficientes para conseguir realizar o atendimento, o outro apresenta a precarização do atendimento pela falta de equipamentos. De acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010), para a garantia e ampliação dos direitos, a disponibilidade de recursos materiais, financeiros, técnicos e humanos são necessários.

Uma das formas que os profissionais possam utilizar para conseguir adquirir recursos materiais inicia-se a partir do conhecimento teórico-metodológico, sendo assim, estes terão argumentos para propor e negociar com a instituição. Conforme Iamamoto (2012), nesse sentido, é que se destaca que o profissional deve ser propositivo e não apenas executivo, de modo a tensionar uma ordem que se estabelece na relação enquanto trabalhador assalariado e a possibilidade de tornar acessível o direito aos usuários.

Referente ao atendimento, o Profissional A percebe a necessidade de melhorar o modo como vem sendo realizado o atendimento, pelo fato dos usuários possuir o hábito de acreditarem na interferência dos políticos nos serviços prestados. Porém, esclarece que não permite a interferência dos políticos, realizando os serviços de acordo a necessidade dos usuários.

[...] como assistente social que a gente luta pelos direitos das pessoas não é sempre que a gente consegue, às vezes por falta de recursos mesmo. Eu acho que tem muito a melhorar ainda no atendimento, porque a gente vê a angústia das famílias que precisam e às vezes demora alguns dias para conseguir, acho que dá para melhorar ainda.

Mais uma vez, a ausência de recursos é apontada. A profissional expõe as dificuldades diante dos limites de recursos financeiro para conseguir desenvolver um atendimento adequado aos usuários. Da mesma forma, o Profissional B, esclarece sobre as dificuldades encontradas para garantir o direito aos usuários, apresentando embate com o gestor, no qual expõe a falta de recursos financeiros que interfere no atendimento à população.

Então, tem que ficar brigando, às vezes tem que encaminhar para o Ministério Público, a gente tenta fazer da melhor forma possível o atendimento. O que pode ser feito dentro da área de Serviço Social a gente está atendendo, encaminhando, orientando, mas quando chega lá em cima muitas vezes a gente é barrado, a secretária barra muita coisa. E aí, muitas vezes a totalidade não se consegue atender.

No relato acima disposto em que é necessário encaminhar ao Ministério Público para acessar os serviços, observa-se que a judicialização acaba sendo uma estratégia, nem sempre atendida, para se tornar aquilo que já é direito acessível. Percebe-se pelos próprios relatos dos sujeitos da pesquisa as dificuldades que os usuários apresentam para que direitos sejam garantidos, lembrando que o trajeto que os usuários percorrem para conseguir o atendimento é, em muitas vezes, mais uma das formas dispostas pelas políticas do Estado capitalista para retardar o processo de atendimento.

As dimensões para o exercício, através das condições dispostas, em sua maioria ocorrem no âmbito do imediatismo, quando este depende da requisição, ou de solicitação, enquanto a ação profissional muitas vezes fica entre a relação a ser estabelecida com o usuário e visita para cumprir a demanda institucional. Ou seja, a partir dos dados coletados, identificamos que os profissionais ainda não realizam a atuação na perspectiva da orientação e informação, de modo a levar a comunicação para as pessoas quanto ao conhecimento de seus direitos e mecanismos para o acesso.

### 3.6 LIMITES E DESAFIOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Quanto aos limites e desafios para o exercício profissional, buscamos compreender esse processo, refletindo as estratégias para lidar com os limites e desafios que estão presentes no cotidiano profissional e se o atual contexto político e econômico do país atinge o exercício profissional.

Para o Profissional A, um dos desafios é fazer com que a população entenda que as políticas públicas são direitos constitucionais e não favor ofertado pelos políticos.

Às vezes a gente não consegue na nossa totalidade fazer o que a gente tem que fazer, porque a gente tem que ir lá pedir para o prefeito. Eu acho que esse é o maior desafio, a gente não tem a autonomia que a gente deveria ter. Em tudo, não só na área da saúde, mas nas outras áreas também.

De acordo com o Código de Ética do Assistente Social constitui como direito do profissional “ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções” (CFESS, 2012, p. 26). Essa autonomia é adquirida cotidianamente a partir de conhecimento teórico-metodológico e ético-político, no qual o profissional deve ter um posicionamento firme com determinação nas escolhas.

Segundo Iamamoto (2015), mesmo possuindo relativa autonomia na execução de seu trabalho, o Assistente Social depende de meios e recursos para sua realização seja nas empresas ou instituições em que atua. Diante disso, nos espaços de trabalho o profissional deve perceber quais são as prioridades a serem atendidas.

Para o Profissional B o desafio está pautado na busca coletiva pela conscientização dos outros profissionais envolvidos na efetivação e garantia dos direitos. Embora conheça a legislação na qual estabelece essas garantias, o mesmo se apresenta acomodado diante das relações de trabalho.

Depende muito do gestor, não depende só do profissional. A gente tem que sempre estar brigando com o gestor, com o pessoal que é responsável por liberar essas consultas, exames, medicamentos. Está dentro da lei que a pessoa é amparada pela lei, mas eles não liberam, eles sempre pedem para buscar o Ministério Público.



O Código de Ética tem como um dos princípios fundamentais a “Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo”. (CFESS, 2012 p. 23). De acordo com as legislações e disposições orientadas pelo CFESS, no qual repudia-se a judicialização como forma de garantir direito, tendo em vista que esta forma ela inviabiliza o direito e ainda coloca em risco o usuário, quando o mesmo pode perder na justiça, visto que a lei é determinada pelo Estado em suas decisões.

Vale destacar as estratégias utilizadas para lidar com os desafios presentes no cotidiano profissional. O Profissional A revela:

Então a gente tenta lutar junto com a população, nos conselhos a gente tenta aprovar, a gente pede ajuda deles porque são eles que estão precisando. A gente tenta junto com eles, com a população tentar melhorar para eles. Através dos conselhos a gente consegue. Na maioria das vezes, a gente fica lutando, batendo contra, mas a gente está tentando, não é sempre que a gente consegue, mas é uma luta constante.

De acordo com o relato acima, o controle social é uma das grandes proposições do Sistema Único de Saúde. Estes, no que tange à participação social permite que a população passe a reconhecer e reclamar por seus direitos.

A orientação consiste a partir do conhecimento da realidade na qual os usuários fazem parte. Conforme a Lei de Regulamentação da Profissão 8.662/1990, como competência do Assistente Social “orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos” (CFESS, 2010 p. 36).

O profissional deve buscar conhecer onde está inserido, quais são os instrumentais técnicos-operativos necessários que poderão ser utilizados no atendimento oferecido na instituição. Enquanto o Código de Ética estabelece a importância de democratizar as informações viabilizando o acesso aos diferentes programas disponíveis, o profissional necessita formular estratégias evitando a burocracia na qual os usuários perpassam na procura por atendimento na área da saúde, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados.

Em relação ao atual contexto político e econômico do país, questionamos como os profissionais consideram os reflexos e impactos para o exercício profissional. De acordo com o Profissional A:

O que está acontecendo hoje, que a gente está vendo aí, as mudanças, que eles estão tentando entrar em acordo, tá saindo lá de cima, não está nem chegando para a gente, para a gente ver o que está precisando e voltar para lá. Então acho que isso vai refletir muito lá na frente, porque a gente está tentando. Assim, o direito que a gente já adquiriu há anos de luta, agora eles estão tentando tirar da gente descaradamente, não é este governo de agora, está vindo de governos anteriores, eu acho que está complicado na nossa área.

Observa-se no relato que as decisões são tomadas por uma minoria de pessoas, e a população não possui o direito de manifestar sua opinião, sabendo que o futuro da sociedade está sendo direcionado por uma pequena parcela a qual possui condições de acessar o sistema de saúde privado. No entanto, estes não estão preocupados pois não serão atingidos da mesma forma que a classe trabalhadora.

O Profissional relata sobre as novas conjunturas do atual momento, o desmonte das políticas públicas, a redução dos gastos em especial com a política de saúde. Todas as conquistas advindas das lutas da classe trabalhadora, as transformações que ocorreram a partir da década de 1980, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, vão sendo desfeitas e aos poucos todos os direitos adquiridos estão sendo retirados, o que leva a precarização no atendimento e conseqüentemente em alguns casos quando não deixam sequelas acaba levando muitas vezes à morte dos usuários pela falta de atendimento. Nesse sentido, acerca dos danos causados e impactos postos pelo atual contexto, o Profissional B concorda

Sim traz muitos. Assim, os recursos que são utilizados na saúde já são bem precários, e nessa nova conjuntura que está tendo, a tendência se forem aprovadas as novas leis, vão piorar. Porque assim, já são poucos os recursos que mandam para os municípios para ser trabalhado com a população e, diminuindo, o impacto maior é na sociedade. Então quem vai sofrer são eles porque não tem condições, eles buscam através do SUS, eles não podem pagar uma consulta ou exame. A população do nosso município, a realidade deles no trabalho, ganham pouco, são pouco remunerados, o trabalho é mais na agricultura, então não tem onde buscar recurso, é complicado.

O Profissional expõe sua angústia diante das dificuldades encontradas ao realizar seu trabalho na área da saúde, concordando com o Profissional A em relação à redução dos recursos que são destinados para a saúde pública. Porém quem procura por atendimento no SUS, em sua maior parte são os usuários que não

possuem condições de pagar por um atendimento no âmbito privado. No momento em que estes usuários não recebem atendimento pelo SUS, os mesmos correm riscos de morte.

De acordo com os sujeitos da pesquisa, a saúde vem sofrendo um retrocesso, visto que os direitos conquistados mediante as lutas populares através do movimento da Reforma Sanitária, organizado por diferentes instituições pelo acesso a saúde como direito de todos, vem sendo mercantilizados por meio da lógica neoliberal aprofundada a partir da década de 1990 e que apresenta a cada dia constantes ataques às conquistas sociais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do objeto de estudo para a realização dessa monografia, compreendemos que os desafios do exercício profissional no campo da saúde estão ligados ao próprio aspecto da política de saúde pública no Brasil, tendo em vista num primeiro momento seu marco teórico, seus fundamentos históricos e contemporâneos, refletindo que o processo de luta no âmbito da saúde pública é histórico, mas, deve ser permanente.

Diante dos relatos dos sujeitos da pesquisa, assimilamos que os principais entraves se apresentam no que tange à efetivação da política de saúde na região. Ambos sujeitos apresentam as dificuldades acerca de concretizar aquilo que já está asseverado na Constituição Federal de 1988, visto que esta é um dever do Estado na perspectiva de garantir atendimento digno aos seus cidadãos.

Dentre os inúmeros desafios elencados pelos sujeitos da pesquisa destacam-se: a demora dos atendimentos, nos quais às condições de trabalho desses profissionais na saúde são muitas vezes inadequadas; não possuem local apropriado para realizar os atendimentos, de acordo com o que estabelece a Resolução 493/2006 do Serviço Social, vindo a precarizar o atendimento aos usuários. Quanto ao atendimento aos usuários, muitas vezes é prejudicado devido à ausência dos meios materiais disponíveis para o seu exercício, impossibilitando que o Assistente Social tenha condições de desenvolver a ação profissional a partir das demandas existentes.

Também, ressalta-se autonomia em seu exercício profissional limitada à capacidade interventiva, o que torna-se muitas vezes impedida e conseqüentemente desconstruindo as perspectivas de seu avanço na atuação profissional.

Quanto ao espaço sociocupacional, os sujeitos da pesquisa expressam as dificuldades encontradas em esclarecer quais são suas atribuições, pois são diariamente cobrados a realizar tantas outras atividades que não são de sua competência. Outro aspecto importante que fora apresentado são as estratégias utilizadas pelos profissionais para superar os limites e desafios que estão presentes no cotidiano do profissional. Dentre elas o aprimoramento do conhecimento teórico metodológico, ético-político e técnico-operativo, a participação nas redes de atendimento e direitos sociais por meio de ações que irão viabilizar o apoio às

organizações dos trabalhadores, ampliando a intervenção nas demandas apresentadas.

Diante do exposto, é importante refletir acerca da importância do nosso papel enquanto cidadãos ativos na participação e na mobilização de atividades junto aos movimentos de lutas dos trabalhadores. Nesse sentido, é indispensável a união dos trabalhadores e usuários da política pública e realizar a reflexão para este momento que afeta os direitos no qual inclui-se o Assistente Social.

As ações profissionais devem estar voltadas em defesa dos direitos sociais, sendo estes um dever ético-político dos profissionais que também se constituem como classe trabalhadora e enquanto profissão se reconhece no conjunto da luta de classes. Portanto, é necessário que os profissionais tenham um arcabouço teórico-metodológico possível para direcioná-los em defesa de seu exercício profissional.

No que se coloca ao exercício profissional, outro grande desafio, que não foi possível aprofundarmos neste trabalho está relacionado à atual Proposta de Emenda Constitucional (PEC 55) que recentemente vem sendo votada numa perspectiva de congelamento das despesas do Governo Federal, com montante corrigidos pela inflação, por até 20 anos e que irão impactar diretamente em cortes às políticas de seguridade social.

Considerando os elementos que surgem na atualidade temos apreensões, mas diante do objetivo do trabalho ressalta-se a importância de que este passa a ser um compromisso a mais, dentre todos os outros já assumidos nos espaços sociocupacionais. Constata-se a partir da pesquisa realizada que os desafios presentes no cotidiano profissional dos Assistentes Sociais rebatem diretamente no atendimento aos usuários. Cabe ao profissional estabelecer mecanismos para enfrentar esses desafios, sendo esta uma tarefa árdua, mas, necessária na intenção de legitimar sua atuação.

Espera-se que esse trabalho torne-se relevante à compreensão dos profissionais acerca dos desafios presentes e que estes possam em seu exercício profissional identificar suas reais competências e atribuições, buscando estratégias e ações na defesa do seu Projeto Ético-Político e da qualidade dos serviços prestados à classe trabalhadora.

## REFERÊNCIAS

AMMANN, Safira Bezerra. **Ideologia do desenvolvimento de comunidade no Brasil**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir. e GENTILLE, Pablo (Orgs.) **Pós-neoliberalismo: As políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23.

BARATA, Rita de Cássia B. **Cem anos de endemias e epidemias**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, p. 333-345, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7099.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

BARROCO, Maria Lúcia Silva; TERRA, Sylvia Helena. **Código de Ética do/a Assistente Social Comentado**. Conselho Federal de Serviço Social- CFESS (Org.). São Paulo: Cortez, 2012.

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período 1999 a 2004: Quem Paga a Conta? In: MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 49-72.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2016. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 26 mai. 2016a.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923**. Elói Chaves. Disponível em: <<http://www.jurisite.com.br/doutrinas/Previdenciaria/doutprevid29.html>>. Acesso em: 25 mai. 2016b.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Brasília. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>>. Acesso em: 09 jun. 2016c.

\_\_\_\_\_. **Panorama da Previdência Social brasileira**. 2. ed. Brasília: 2007. Disponível em: < <http://www1.previdencia.gov.br/85anos/docs/panorama-da-previdencia-social-brasileira-2-ed.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 88-110.

\_\_\_\_\_; MATOS, Maurílio Castro de. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 197-217.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 493 de 21 de agosto de 2006**. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Disponível em: < [http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao\\_493-06.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf)>. Acesso em: 18 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **30 anos do Congresso da Virada**. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/congresso.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012.

CNES. **Centro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Es\\_Municipio.asp?Estado=41&NomeEstado=PARANA](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=41&NomeEstado=PARANA)>. Acesso em: 13 jul. 2016.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. **Saúde no Brasil: Políticas e organização de serviços**. 6. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2005.

\_\_\_\_\_. **A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões**. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2009. p. 1614-1619.

\_\_\_\_\_. et al. **A saúde como direito e como serviço**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 304-351.

CRUZ, Oswaldo. **Biblioteca Virtual Carlos Chagas**. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.bvschagas.coc.fiocruz.br/php/>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

DÂMASO, Romualdo. Saber e práxis na Reforma Sanitária - Avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

DIAS, Marly de Jesus Sá; LEMOS, Silse Teixeira de Freitas; SALES, Adriana Silva. **A Materialização de Direitos Sociais na Saúde Pública: reflexões sobre a prática profissional do Serviço Social**. 2011. Disponível em: <[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA\\_EIXO\\_2011/IMPASSES\\_E\\_DESAFIOS\\_DAS\\_POLITICAS\\_DA\\_SEGURIDADE\\_SOCIAL/A\\_MATERIALIZACAO\\_DE\\_DIREITOS\\_SOCIAIS\\_NA\\_SAUDE\\_PUBLICA.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/A_MATERIALIZACAO_DE_DIREITOS_SOCIAIS_NA_SAUDE_PUBLICA.pdf)>. Acesso em: 05 mai. 2016.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. **Lua Nova**, São Paulo, nº 24, 1991.

FINKELMAN, J. (org.) **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2016.

FONSECA, João José Saraiva da. **Metodologia da Pesquisa Científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

GALLO Edmundo; NASCIMENTO, Paulo César. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1983.

\_\_\_\_\_. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 37. ed. São Paulo: Cortez, 2012.



IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na Cena Contemporânea. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 26. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

JULIANI, C. M. C. M.; CIAMPONE, M. H. T. **Organização do sistema de referência e contra referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros**. Rev. sc. Enf. USP. São Paulo, v. 33, n. 4, p. 323 - 333, 1999.

LANZA, Líria Maria Bettiol; CAMPANUCCI, Fabrício da Silva; BALDOW, Letícia Orlandi Baldow. **As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional**. Katálysis, Florianópolis, v. 15. n. 2, p. 212-220, jul./dez. 2012.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O Serviço Social e a consolidação de direitos: desafios contemporâneos. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP, Campinas, v. X, n. 12, dez. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.

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

\_\_\_\_\_. Apêndice à terceira edição: cinco notas a propósito da “questão social”. In: NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 151-162.

\_\_\_\_\_. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós/64**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_. A construção do projeto ético-político do serviço social. In: MOTA, Ana Elizabete; et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p.141-160.

ORTIZ, Fátima Grave. **O Serviço Social no Brasil**: os fundamentos de sua imagem e da autoimagem de seus agentes. Rio de Janeiro: E-papers, 2010.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Minas Gerais, [s.d]. Disponível em: <[http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto\\_de\\_apoio\\_3\\_-\\_HS->](http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto_de_apoio_3_-_HS->) Acesso em: 15 out. 2016.

PONTES, Ana Paula Munhen de. et al. **O Princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde**: o que pensam os usuários. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07#page=1&zoom=auto,-107,848>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

PORTES, Melissa (org). **O Sus e as Políticas de Saúde no Brasil**. Slides. 2009.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. **O projeto ético-político do Serviço Social**. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília, CEFESS/ABEPSS, 2009.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. MENDONÇA, Maria Helena. Reforma Sanitárias na Itália e no Brasil: Comparações. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

YAZBEK, Maria Carmelita. O Serviço Social e o movimento histórico da sociedade brasileira. In: **Legislação brasileira para o serviço social**: coletânea de leis, decretos e regulamentações para instrumentalização do (a) assistente social. São Paulo: Conselho Regional de Serviço Social, 2004.

YAZBEK, Maria Carmelita. **O significado sócio-histórico da profissão**. Conselho Federal de Serviço Social–CFESS; Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social–ABEPSS. Serviço Social: Direitos Sociais Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade**. Conselho Federal de Serviço Social–CFESS; Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social–ABEPSS. Serviço Social: Direitos Sociais Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

## APÊNDICE

## APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

Tempo de trabalho na Instituição: \_\_\_\_\_

Tempo de Formação Profissional: \_\_\_\_\_

Modalidade de ensino: ( ) Presencial ( ) Distância

Possui pós-graduação? ( ) SIM ( ) NÃO

Vínculo empregatício: ( ) Estatutário ( ) Emprego Público ( ) Temporário

Carga horária de trabalho: \_\_\_\_\_

Dispõe de projeto de trabalho profissional? ( ) SIM ( ) NÃO – Se sim, poderia compartilhar para análise atendendo aos fins da pesquisa?

1. Considerando que foi a partir de muita luta, principalmente do Movimento da Reforma Sanitária, que a saúde foi inserida na Constituição Federal de 1988 como um direito universal, como você analisa a efetivação dessa política a partir da instituição em que trabalha? Está em consonância com os princípios do SUS?
2. Em relação ao espaço físico de atuação na instituição, como você o considera para a realização do atendimento aos usuários?
3. Quanto à disponibilidade dos meios materiais, explique como são disponibilizados os equipamentos para o exercício profissional na instituição. Estes são suficientes para a qualidade do serviço prestado?
4. Como o profissional reflete o caminho possível entre a demanda e o atendimento aos usuários em sua totalidade?
5. Comente sobre os principais desafios e dificuldades encontradas no exercício profissional. Quais as estratégias utilizadas para lidar com esses desafios?
6. Considerando o atual contexto político e econômico do país, você considera que este traz reflexos e impactos para o exercício profissional? Como?