



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

LUCIVÂNIA DE FÁTIMA SILVA

**TENDÊNCIAS DA POLÍTICA DE SAÚDE E SUAS INFLEXÕES PARA O
EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL**

CAMPINA GRANDE – PB

2015

LUCIVÂNIA DE FÁTIMA SILVA

**TENDÊNCIAS DA POLÍTICA DE SAÚDE E SUAS INFLEXÕES PARA O
EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social, pelo Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB – Campus I – Campina Grande - PB.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Mônica Barros da Nóbrega.

**CAMPINA GRANDE – PB
2015**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586t Silva, Lucivânia de Fátima
Tendências da política de saúde e suas inflexões para o exercício profissional do assistente social [manuscrito] / Lucivania de Fátima Silva. - 2015.
40 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2015.
"Orientação: Profa. Dra. Mônica Barros da Nóbrega, Departamento de Serviço Social".

1. Política de saúde. 2. Serviço social 3. Exercício profissional. I. Título.

21. ed. CDD 361.32

LUCIVÂNIA DE FÁTIMA SILVA

TENDÊNCIAS DA POLÍTICA DE SAÚDE E SUAS INFLEXÕES PARA O
EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para a obtenção do
título de Bacharela em Serviço Social, pelo
Curso de Serviço Social da Universidade
Estadual da Paraíba – UEPB – Campus I –
Campina Grande - PB.

Aprovado em: 04/03/15

Nota: 9.0 (Nove)

BANCA EXAMINADORA

Mônica Barros da Nóbrega
Prof. Dra. Mônica Barros da Nóbrega
Orientadora

Maria do Socorro Pontes de Souza
Prof. Me. Maria do Socorro Pontes de Souza
Banca Examinadora

Moema Amelia Serpa
Prof.ª Dra. Moema Amelia Serpa Lopes de Souza
Banca Examinadora

*Dedico este trabalho aos meus pais, familiares
e amigos que contribuíram direta e
indiretamente na realização desse sonho.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, inicialmente, ao autor e consumidor da minha fé (Deus), ao rei eterno, imortal, invisível, mas real a ele seja dada toda honra glória e louvor por sua vontade que é boa perfeita e agradável e sua misericórdia a qual, tem me alcançado durante todo o percurso até aqui. Tu és fiel Senhor.

Meus pais, Luzia e Antônio agradeço-os pelo amor, cuidado e incentivo aos estudos e principalmente por semear em mim palavras as quais, pude acreditar ser possível ir em busca dos meus sonhos, suas histórias de vida e exemplo contribuíram para minha formação enquanto ser humano. Essa mulher guerreira e sonhadora e esse homem batalhador são as minhas referências e enxergaram em mim muito mais do que eu podia ver.

Aos meus avós Fátima e Valdeci pessoas de uma simplicidade imensa que cotidianamente me ensinam lições que não se aprende nos livros o respeito e a humildade, a eles o meu agradecimento em todos os sentidos.

Meu avó Francisco (in memoria) que não lhe foi possível ver uma das primeiras concretizações dos meus sonhos, mas guardo de forma afetuosa suas lembranças em minha memória.

Estendo meus agradecimentos a todos os meus familiares que acompanharam minhas lutas, alegrias e aflições durante esses anos de graduação.

De maneira afetuosa agradeço a esta pessoa que Deus colocou na minha vida meu amigo, companheiro Roger Duda obrigado pelo apoio, por cada palavra de ânimo e principalmente pela paciência em meio a todos os dramas e as crises de ansiedade próprias desse período.

Aos meus irmãos em Cristo da Missão Evangélica Pentecostal do Brasil em Santa Luzia por cada oração e especificamente os meus considerados irmãos de outra mãe, July, Mylena, Vinicius e já estendo aqui minhas desculpas pelos momentos de ausência ou distância enquanto tecia esse trabalho.

A minha grande amiga Angely (Best) a qual tive a oportunidade de conhecer na universidade e compartilhar experiências, aprendizados e conquistas uma amizade construída pra vida.

A minha turma de Serviço Social 2011.1 que me possibilitou alargar meus horizontes nos conhecimentos não apenas acadêmico, mas como pessoa em relação aos desafios da

convivência com o outro. Sempre vou guardar nossos momentos de (des)construção e debates acalorados.

A minha orientadora Mônica Barros, pessoa de uma sensibilidade e uma verdade a qual me encanta obrigado por todas as contribuições nesse trabalho como também, aquelas às quais se estendem para vida, pela paciência e por acreditar no meu potencial meus sinceros agradecimentos.

Aos meus mestres que encontrei na vida escolar e todos os professores do Departamento de Serviço Social da UEPB e a Coordenação do Curso.

*Todo conhecimento começa com o sonho.
O sonho nada mais é que a aventura pelo mar
desconhecido, em busca da terra sonhada.
Mas sonhar é coisa que não se ensina, brota
das profundezas do corpo, como a alegria
brota das profundezas da terra [...].*

Rubem Alves

RESUMO

A presente monografia trata das tendências da política de saúde no Brasil e suas inflexões para o exercício profissional dos (as) assistentes sociais nesta área, a partir de um levantamento bibliográfico, com uma análise pautada em uma abordagem qualitativa, fundamentada no método crítico dialético. Parte-se do pressuposto de que o capitalismo brasileiro, em meio a uma crise estrutural, vem investido na desconstrução de direitos, com fortes implicações para a política de saúde, a qual tem aprofundando algumas tendências como a mercantilização, o sucateamento, a privatização e a focalização, com o privilégio de programas básicos de saúde voltados para os segmentos mais empobrecidos da sociedade. Logo, tem inflexionado a intervenção profissional do(a) assistente social neste âmbito, impondo enormes desafios para a materialização do projeto ético-político da profissão. Os resultados alcançados com o estudo demonstram que apesar da concepção de saúde ampliada o trabalho do(a) assistente social tem se realizado preponderantemente na esfera da assistência, principalmente na alta e média complexidade. Além das demandas tradicionais que já conferem no cotidiano do assistente social um conteúdo emergencial, há tendências de práticas pragmáticas, burocráticas, implementadas sob a lógica dos novos modelos de gestão da saúde, as quais poderão estar contribuindo, necessariamente, para o revigoramento dos traços do passado conservador da profissão.

Palavras-chave: Política de Saúde. Serviço Social. Exercício Profissional.

ABSTRACT

This monograph deals with health policy trends in Brazil and its implications for the professional practice of social workers in this area, from after a literature survey with an analysis guided by a qualitative approach, based on the critical dialectical method. It starts with the hypothesis that Brazilian capitalism in the midst of a structural crisis, has invested in the deconstruction of rights, with strong implications for health policy, which has deepened some trends such as commercialization, scrapping, privatization and focusing, with the privilege of basic health programs for the poorest segments of society. So has affected professional intervention of (a) social worker in this field, imposing enormous challenges for the realization of the ethical-political Project of the profession. The results achieved with the study show that despite the expanded concept of health the work of (a) social worker has taken place mainly in the sphere of assistance, especially in high and medium complexity. In addition to the traditional demands that already provide in the daily social work an emergency content, there are trends of pragmatic practices, bureaucratic, implemented under the logic of the new health management models, which may contribute for the strengthening/refreshment of the traces of its conservative past.

Keywords: Health Policy Social. Work Exercise Professional Social Worker.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	AS ATUAIS CONFIGURAÇÕES DA POLÍTICA SOCIAL NO CONTEXTO DA ATUAL CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL	13
2.1	As particularidades da política de saúde no Brasil: breves considerações.....	15
3	AS INFLEXÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO (A) ASSISTENTE SOCIAL	22
3.1	Breve recuperação histórica sobre o Serviço Social brasileiro	22
3.2	O Serviço Social na área de saúde: demandas e respostas profissionais	30
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
	REFERÊNCIAS	37

1 Introdução

A presente monografia, resultado de um levantamento bibliográfico, versa sobre as tendências da política de saúde no Brasil e suas inflexões para o exercício profissional do(a) assistente social, neste âmbito.

Para a análise aqui pretendida parte-se da premissa de que o capitalismo brasileiro na atualidade, em meio a uma crise estrutural mundial, vem investindo duramente na desconstrução dos direitos sociais historicamente conquistados, através de intensas lutas dos trabalhadores e dos movimentos populares, com desdobramentos para a intervenção profissional do assistente social. Desdobramentos estes que repercutem nas demandas e respostas profissionais, impondo enormes desafios para o projeto ético-político da profissão¹.

Vale destacar que a saúde no âmbito das conquistas sociais no Brasil passou a ser reconhecida como direito de todos e dever do Estado, a partir da promulgação da Constituição Federal(CF) de 1988 e regulamentada com a Lei 8080/90, dando origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, mesmo com os ganhos obtidos no marco jurídico legal com a CF, nos termos de consolidação dos direitos sociais, na entrada dos anos 1990constituiu-se uma contradição entre o direito legalmente instituído e as condições de sua efetividade.

Portanto, constatou-se “um processo de contrarreforma do Estado que significou uma reestruturação do significado das funções públicas estatais” (BERHING 2003 apud SILVA 2010, p.410), em especial para o setor da saúde, o qual vem aprofundando tendências como a mercantilização, o sucateamento, a privatização e a focalização com o privilégio de programas básicos de saúde voltados para os segmentos mais empobrecidos da sociedade.

O Serviço Social, nessa conjuntura, não passa ao largo de tais tensões. Com a redefinição do papel do Estado e a conseqüente alteração no padrão de resposta, a “questão

¹ O que vem a ser denominado projeto ético político do serviço social foi iniciado na transição da década de 1970 a 1980. Este período de acordo com Netto (1999) marca um momento importante no desenvolvimento do Serviço Social no Brasil, especialmente pelo enfrentamento e denúncia do conservadorismo profissional. É neste processo que se encontram as bases de um projeto profissional radicalmente novo.

social”², a qual vem sendo enfrentada por meio da assistencialização das políticas sociais em detrimento da perspectiva da política social como direito, tem implicando, conforme Guerra (2010, p. 722), na emergência, sobretudo, de novas demandas e intervenções pontuais, autonomizadas e isoladas junto às famílias, práticas terapêuticas etc.

Logo, para a autora supracitada, a conjuntura em que vem se gestando as demandas e o exercício profissional tem propiciado a não apreensão pelos(as) assistentes sociais da incompatibilidade entre os objetivos institucionais e os profissionais e, principalmente, com os princípios do projeto ético-político profissional.

Na particularidade da política de saúde, tais demandas podem vir a reforçar no trabalho do(a) assistente social uma forte tendência da valorização as respostas práticas, instrumentais com ênfase na dimensão técnico-operativa da profissão, descaracterizando as dimensões teórico-metodológica e ético-política, as quais nos permitem desvelar os fundamentos da realidade para além de sua aparência, identificando às necessidades sociais sobrepostas aquelas demandas.

A motivação pela temática em estudo advém da experiência do estágio supervisionado, em Serviço Social no período de junho de 2013 a agosto de 2014 no qual se teve a oportunidade de vivenciar o cotidiano da prática profissional na área da saúde, mais precisamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), chamando-nos atenção, especificamente, os desafios postos para a conformação de um exercício profissional em sintonia com os princípios do Projeto Ético-Político da profissão.

Tal estudo traz sua relevância na medida em que se faz necessário o aprofundamento da reflexão sobre o Serviço Social na área da saúde, a fim de avançarmos no debate sobre uma intervenção profissional em concordância com os princípios do referido projeto.

Tendo como objetivo geral analisar as tendências da política de saúde e suas inflexões para o exercício profissional do assistente social e como objetivos específicos chamar atenção para as implicações das tendências que ora vem sendo operadas na política de saúde no país,

² O termo “questão social”, segundo Netto (2001) é um termo que, quando tomada historicamente pela burguesia, passa a subsumir o caráter político da luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e de trabalho, fluidificando-a como algo de natureza “social”, o que justifica o uso das aspas. A partir da segunda metade do século XIX, para o autor, a expressão “questão social” deixou de ser usada indistintamente por críticos sociais de diferenciados lugares do espectro ideológico-político, deslizando lentamente, mais nitidamente, para o vocabulário próprio do pensamento conservador. Ou seja, passou a ser empregada a partir da separação entre o econômico e o social, dissociando as questões econômicas das questões sociais.

as quais poderão estar colaborando, necessariamente, para o revigoramento dos traços do passado conservador da profissão.

Como também, ressaltar a importância da luta pelo fortalecimento e implementação dos princípios norteadores do Projeto de Reforma Sanitária que tem por base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais, bem como do Projeto Ético Político da profissão que tem como princípio fundamental, entre outros, o reconhecimento da necessidade de ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa fundamental de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras.

E evidenciar considerando os Parâmetros de Atuação do Serviço Social na Área de Saúde (CFESS, 2013), a necessidade da formulação de estratégias profissionais que, em resposta a essa conjuntura, defendam o aprofundamento do SUS e reforcem nos serviços de saúde, em seus diversos âmbitos, experiências que efetivem o direito a essa política em tela.

No intuito de atingir os objetivos propostos neste trabalho monográfico, prioriza-se uma análise pautada em uma abordagem qualitativa, tomando como lente orientadora o método crítico dialético o qual, conforme Lima e Miotto (2007, p.39), “nos permite apreender em todo o percurso da pesquisa, as dimensões filosófica, material/concreta e política que envolve o objeto de estudo pretendido”, conformando-o em uma perspectiva de totalidade.

Portanto, os resultados deste levantamento bibliográfico foram condensados nesta monografia, que está estruturada da seguinte forma: inicialmente, a incursão analítica voltou-se para uma breve consideração acerca das tendências da política social no contexto da crise atual do capital no Brasil e sua particularidade na política de saúde. Em seguida, a análise centrou-se em um breve resgate histórico do Serviço Social, suas conquistas e desafios, ressaltando os desdobramentos das atuais configurações da política de saúde para o exercício profissional do(a) assistente social. Por fim, foram apresentadas as considerações finais.

2 AS ATUAIS CONFIGURAÇÕES DA POLÍTICA SOCIAL NO CONTEXTO DA ATUAL CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL

A análise das políticas sociais, sob a perspectiva crítica dialética, supõe a política social como um processo e resultado de relações complexas e contraditórias que envolvem o Estado e a sociedade civil, no âmbito da luta de classes. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

É relevante compreender, no âmbito político, o papel do Estado e sua relação com o campo econômico e social, pois a depender dos investimentos sociais ou na esfera econômica é possível identificar as tendências subjacentes à ação estatal.

Para Motta (1995), tal processo adquire características particulares dependendo do estágio do desenvolvimento das forças produtivas, do grau de socialização política e das formas históricas assumidas pelo confronto entre as classes.

É consensual que nas últimas décadas o modo de produção capitalista tem vivenciado o acirramento de suas contradições internas, dando origem a mais uma crise, na qual o sistema mundial encontra-se imerso desde os anos de 1970 e seus reflexos acompanham a conjuntura da entrada dos anos de 1990 até os dias atuais, com rebatimentos em todas as esferas da sociedade.

Vale salientar que tais rebatimentos não se expressam apenas na esfera produtiva, por meio do processo de reestruturação, mas, principalmente, nas relações sociais com fortes implicações para a classe trabalhadora. Observa-se a desregulamentação dos direitos conquistados historicamente, a precarização das relações e condições de trabalho, o desemprego, a dessindicalização, a perda de seu pertencimento de classe tornando-a, pois, de acordo com Soares (2007), mais heterogênea, fragmentada e complexa.

Depreende-se pelo exposto acima que o quadro macro societário representado pelo contexto atual de crise do capital, diz respeito a vários determinantes que se processam na esfera da produção/reprodução no plano econômico, político e ideológico com tendências aprofundadas a partir da década de 1990.

Nesse lapso temporal, em consonância com os organismos internacionais, a exemplo do Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial (BM), aprofundou-se no plano político e econômico do Estado o ideário neoliberal como resposta a suposta “crise

fiscal”, reforçando-se a defesa do “estado mínimo”, que na prática constituiu-se em “mínimo para os trabalhadores e máximo para o capital”.

Portanto, esse ideário que tem seus pilares fundamentais centrados nos ajustes econômicos e, para as políticas sociais, o trinômio privatização-focalização-descentralização, materializou-se na supremacia do mercado, na cultura anti-Estado e, sobretudo, na desqualificação da política e da democracia, resultando no que Behring e Boschetti (2011) denominaram de contrarreforma do Estado³. Contrarreforma esta que teve como marco no Brasil o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, formulado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE), especificamente pelo então Ministro Bresser Pereira – 1995. (BEHRING, 2003).

Nesses termos, o Estado passou a adotar uma perspectiva de racionalização do gasto público, deixando de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar seu promotor e regulador, transferindo para a esfera privada as atividades que antes eram suas. Evidencia-se, assim, a desregulamentação e redução dos direitos sociais e trabalhistas, o desmonte notadamente da Seguridade Social no país.

Como resultado das transformações em curso, as respostas dadas para o trato das expressões da “questão social” estão sendo mediadas pela transferência para a sociedade civil, de responsabilidade antes alocada à ação estatal, para o denominado “terceiro setor” e as várias iniciativas estatais e privadas mediante as chamadas “parcerias público-privadas”, caracterizadas por Netto (2010b) como novo assistencialismo.

Segundo Montanõ (2002, p.185), “o “terceiro setor” representa uma denominação equivocada para designar um fenômeno real”. Muito mais do que uma discussão de organizações em determinado âmbito, representa uma alteração de um padrão de respostas social à “questão social” com a desresponsabilização do Estado, a desoneração do capital e a auto responsabilização dos sujeitos individuais, apelando ao voluntariado.

Neste sentido, como demonstra Netto (2010b), a política social no estágio atual do capitalismo não tem nem mesmo a formal pretensão de erradicar a pobreza, mas pretende

³ Denomina-se contrarreforma pelo seu caráter regressivo do ponto de vista da classe trabalhadora. Behring (2003) utiliza esse termo para tratar do processo de “desestruturação do Estado e perda de direitos”. Há, pois o uso indevido do termo reforma pelos adeptos da corrente neoliberal. A palavra reforma é apropriada às ações de contestação à hegemonia do capital, na intenção de ampliar o espaço democrático, na garantia de direitos e redução das desigualdades e no caso brasileiro aconteceu o contrário houve a regressão e enxugamento de tais direitos. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 148-149).

confrontar-se com a pobreza absoluta (vale dizer, a miséria) com enfoque nos programas de transferência de renda - programas de renda mínima- os quais tem sido implementado em países de capitalismo central e periférico. No Brasil, pode-se destacar como exemplo emblemático, o “Bolsa Família” que ao fundamentar-se num assistencialismo focalizado não pode ser confundido com assistência social, como ressalta Motta (1995).

A reforma neoliberal, ao promover uma passagem dos serviços de assistência social do Estado para o setor privado mercantil e “terceiro setor” fortalece a refilantropização da assistência social, transformando as políticas sociais, como ressalta Behring (2003), em ações pontuais e compensatórias.

Assim, as orientações propostas a partir da década de 1990 ocasionaram uma (re) configuração nos direitos assegurados na CF de 1988, com visíveis perdas para a Seguridade Social composta pela saúde, previdência e assistência social, os quais passaram a ser orientados pelos critérios da seletividade e privatização, em detrimento da universalidade e estatização, conforme aponta a autora supracitada.

A privatização no campo das políticas sociais, segundo Behring e Boschetti (2011), gerou uma dualidade discriminatória entre os que podem e os que não podem pagar pelos serviços. Já a seletividade associada à focalização assegurou acesso apenas aos extremamente pobres.

Cabe-nos ainda destacar, enquanto mecanismo de intervenção estatal dirigida ao enfrentamento das refrações da “questão social”, com base nas análises de Netto (2010b), a articulação orgânica de repressão às chamadas “classes perigosas”, mediante a militarização da vida, juntamente com a assistencialização minimalista das políticas sociais, se constituindo numa face contemporânea da barbárie social.

Enfim, o processo de reorganização do capital resultou em significativas perdas e restrições de direitos para a classe trabalhadora. As políticas sociais passaram a ser operacionalizadas e refuncionalizadas a partir dos ditames dos organismos internacionais. Logo, a política de saúde, com caráter universal e público, vivencia um processo caracterizado por Behring (2003) de universalização excludente, operando, assim, tendências da contrarreforma, como veremos a seguir.

2.1 As particularidades da política de saúde no Brasil: breves considerações

A direção que está em curso com o processo de “contrarreforma” do Estado, destacado anteriormente, demonstra a convivência na saúde de dois projetos em tensão: o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto de Saúde Articulado ao Mercado ou Privatista.

Segundo Vasconcelos (2013), as principais propostas do Projeto de Reforma Sanitária iniciado nos anos de 1980 dizem respeito, sobretudo, a concepção ampliada de saúde, entendida como um direito social e dever do Estado; a luta pela democracia na sociedade brasileira, na política e no modelo de atenção à saúde; reivindicação de viabilidade financeira para a construção de um sistema amplo de proteção social; a busca da generalização da consciência sanitária, termo que consiste na conscientização de que a saúde é um direito da pessoa e da comunidade, uma ação individual e coletiva para alcançar este objetivo.

Enquanto o Projeto de Saúde Articulado ao Mercado ou Privatista é pautado na política de ajuste, no qual a tarefa do Estado é garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado ou, ainda, por meio das parcerias público-privado, mediante a transferência de recursos públicos. Portanto, apresenta conforme Bravo e Matos (2008), como principais tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização.

A saúde passou a ser um campo estratégico de investimentos dos organismos internacionais, com destaque para o Banco Mundial que tem seu protagonismo revelado nos países de capitalismo periférico, através dos documentos⁴ produzidos nesta área, os quais contêm orientações para as políticas estatais a serem implantadas, mediante a disponibilização de empréstimos. (CORREIA, 2007).

As diretrizes apontadas pelo BM, conforme Correia (2007) submetem à política de saúde e os programas governamentais a ótica econômica da relação eficiência/eficácia e como critério de avaliação a relação custo/benefício, operadas pela compra de serviços (procedimentos) que conseqüentemente fortalecem o mercado.

⁴ Segundo Correia (2007, p. 07), o primeiro documento produzido pelo BM sobre a saúde foi publicado em 1975, denominado de “Salud: documento de política sectorial”.

Dessa forma, o Estado ficaria responsável pela parte “não lucrativa” dos serviços de saúde que não interessam ao capital, exercendo o papel de financiador e de controle dos serviços, ao invés de seu oferecimento direto. O restante dos serviços ficaria por conta do mercado, de acordo com a capacidade de compra do indivíduo, visto que nessa ótica é caracterizado como “cidadão consumidor”.⁵

Portanto, o eixo principal da proposta apresentada para o modelo assistencial da saúde, preconizado pelo BM, é a ênfase na atenção básica, com a racionalização dos serviços de alta e média complexidade, dividindo o SUS, conforme Bravo (2009), em básico e hospitalar, havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. Assim, ferindo, consideravelmente, o princípio da integralidade no atendimento, bandeira de luta do Movimento de Reforma Sanitária.

Nessa lógica, portanto, fica evidente uma cisão entre os serviços de atenção primária, secundários e terciários, materializando uma tendência à ampliação da rede pública nos serviços de atenção básica. Logo, caracterizando-se como um processo denominado por Schamlller e Vasconcelos (2011) de universalismo básico, no qual se busca a superação da polarização do universalismo x focalismo nas políticas públicas, ocasionando diferenças quanto às políticas implementadas e a garantia do direito universal à saúde previsto constitucionalmente.

Atenção primária no Brasil tem suas particularidades, devido ao movimento de Reforma Sanitária pautar em suas reivindicações mudanças para o modelo assistencial, incorporadas pelo SUS. (VASCONCELOS; SCHAMLLER, 2011).

O Programa Saúde da Família (PSF) criado em 1994, atualmente ESF, se constituiria na porta de entrada do sistema, induzindo mudanças no modelo de atenção. Seu objetivo seria, pois,

contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, [...] imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. (BRASIL, 1997, p. 10).

A formulação do PSF incorpora os princípios básicos do SUS, quais sejam: universalização, descentralização, integralidade e participação popular. A equipe

⁵ Expressão utilizada por Mota (1995).

trabalha com a definição de território, visto que é um modelo de saúde que se propõe a trabalhar com as famílias.

Por seu potencial apresentado de romper com o paradigma biomédico⁶ e hospitalocêntrico, bem como possibilitar a reorientação do modelo proposto pelo SUS, no qual inclui a atenção primária na integralidade de atenção à saúde, tal proposta naquele momento se mostrou extremamente sedutora aos militantes do Movimento de Reforma Sanitária.(CARNEIRO, 2008).

Mesmo não desconsiderando algumas de suas conquistas e da sua “prioridade” conferida nos discursos oficiais do Ministério da Saúde, não se pode omitir que na prática essa iniciativa não atende a universalidade das reais demandas apresentadas pelos usuários, ficando caracterizado como um programa básico⁷ e precarizado. Predomina, pois, no cotidiano dos serviços o modelo de queixa-conduta, centralizado numa equipe reduzida (médico, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem), longe de corresponder a uma efetiva vigilância em saúde, uma efetiva promoção em saúde⁸(SOARES, 2010).

A orientação que está em curso na atenção básica é a ênfase na eficiência dos procedimentos realizados, em detrimento da atenção à saúde em sua perspectiva ampliada, traduzidos apenas na preocupação de dados epidemiológicos e cobertura, os quais a equipe é cobrada seja em visitas, consultas, atendimentos etc. de forma a prevalecer nesse espaço

⁶ O referencial para o paradigma biomédico está sistematizado num documento elaborado nos Estados Unidos da América (EUA), denominado de relatório Flexner de 1910, no qual as características de tal paradigma são as seguintes: a ênfase no individualismo; no biologismo; na especialização médica; na tecnificação do ato médico e no curativismo(SANTOS, 1996 apud SCHMALLER; VASCONCELOS, 2011).

⁷É importante ressaltar a distinção entre a defesa da atenção básica como relevante estratégia na organização dos serviços, que consta no Projeto de Reforma Sanitária e a proposta da atenção básica parametrada na focalização na pobreza. Enquanto que a primeira proposição defende a atenção básica numa perspectiva universalizante, integrando ações de caráter coletivo e ações tipicamente de assistência médica, relacionando-se à democratização e à participação social; a segunda defende uma atenção básica focalizada, direcionada para os aspectos individuais da assistência, numa concepção restrita, distanciando-se das grandes funções da política de saúde pública: a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a reabilitação. (FAUSTO; VIANA, 2005 apud SOARES, 2010).

⁸ De acordo com Brasil (2006) a promoção da saúde é um modo de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde.

àtendência da burocratização, pois as equipes tendem a diminuir carga de trabalho em ações que referendam o controle social e práticas de educação em saúde.

Logo, nessa ótica prevalece o quantitativo em detrimento do qualitativo, permanecendo no processo de trabalho o tratamento medicamentoso, marca do modelo biomédico, o qual não promove as condições de melhoria na saúde da população,diante dos seus limites e fragilidades ao focar a doença e o indivíduo, tendo como figura central o médico.

Prioriza-sea retomada do sanitarismocampanhista,a exemplo das campanhas de vacinas, com enfoque no âmbito curativo. Essa prática tende a reforçar o modelo preventivista, o qual apresenta soluções que enfrentam, apenas, no âmbito individual os problemas de saúde, oferecendo respostas paliativas. Embora, para responder grande parte das necessidades de saúde da população, se faça necessário referendar ações articuladas intersetorialmente com outras políticas públicas. (AROUCA, 2003 apud VASCONCELOS, 2013).

Desse modo, segundo Nogueira e Miotto (2008), observa-se um baixo impacto resolutivo do sistema, mediante a desarticulação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção à saúde, através da falta de um sistema de referência e contrarreferência, prevalecendo na política de saúde ações/serviços com pouca ou nenhuma responsabilidade com a integralidade da atenção.

Esse processo, segundo Correia (2007), é ocasionado pela “neoprivatização”⁹, ou seja, pela introdução da lógica mercantil no interior dos serviços públicos. Fenômeno, que consiste para a autora,na privatização operada por dentro do sistema público, privilegiando a microeconomia do custo/benefício em detrimento da qualidade dos serviços.Como consequência precariza-se o trabalho em saúde, através das formas flexíveis de contratação da força de trabalho, utilização de mão-de-obra mais barata para procedimentos simplificados.

Somam-se a essas tendências as precárias condições físicas para o funcionamento das unidades de saúde, o que repercute diretamente no atendimento. Ou seja, no número de família sob-responsabilidade de cada equipe, escassez de medicamentos e insumos,aliados ao baixo financiamento e investimento público.

⁹ Nesse tipo de privatização, conforme ressalta Correia (2007), são transferidas apenas funções de gerenciamento e/ou administração dos serviços, subsidiadas com recursos públicos. O Estado mantém sua função de financiador dos serviços, ao tempo que perde o controle sobre a qualidade dos serviços prestados.

Nesse sentido, conforme Oliveira (1999 apud SCHAMLLER; VASCONCELOS, 2011, p. 25), a ESF se caracteriza “como um programa assistencial compensatório tapa-buraco” ou ainda como uma “cesta básica de serviços de saúde”. Enfim, se constitui em uma estratégia extremamente complexa e contraditória e, como parte do processo de construção do SUS, vem sendo tecida em meio a um terreno íngreme, tenso, no interior dos percalços vivenciados pelo sistema de saúde em geral.

Assim, o quadro atual da política de saúde demonstra que há em curso uma profunda crise no sistema de saúde, tendo em vista que ao se estruturarem os serviços com foco prioritário em determinado nível de atenção, vem conformando-se o que Mendes (2010, p. 03) denominou de “sistemas fragmentados, os quais se organizam em conjunto de atenção isolados e por consequência são incapazes de prestar atenção contínua a população”.

Na tentativa de superação dessa fragmentação vem sendo proposto à implantação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) as quais, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde, Nº 4.279, de dezembro de 2010

são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010, p. 82).

Criada com o objetivo de buscar uma maior integração e aprofundar o processo de regionalização no SUS, superando as lacunas da falta de inter-relação entre a atenção básica, média e alta complexidade, a organização do sistema de saúde em redes é considerada, por estudiosos da política de saúde no país, a exemplo de Mendes (2010), uma estratégia essencial para consolidar os princípios da universalidade, integralidade, igualdade, eficácia e eficiência.

As redes de atenção à saúde, segundo o autor supracitado, apresentam missões e objetivos em comum e organizam-se de forma cooperativa, sendo estabelecidas sem hierarquia. Focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde, constituindo-se em três elementos: a população, à estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

Nessa proposta, a Atenção Primária à Saúde desenvolve um papel de suma importância e reafirma sua função de ser a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, não uma APS focalizada, mas aquela responsável pela continuidade da atenção com ações de promoção, prevenção, agravos entre outros, de forma interligada com outros pontos da rede.

Contudo, para a conformação de um modelo de atenção à saúde, baseado em redes, são muitos os desafios para sua implementação, tendo em vista a atual conjuntura do sistema de saúde pública no país, o qual vem sendo desmontado, principalmente no que se refere ao seu caráter universal, com uma atenção cada vez mais restrita que não atende de fato as reais necessidades de saúde da população.

Portanto, verifica-se um confronto entre um modelo universalizante e outro que defende a mercantilização da saúde. O primeiro sintoniza-se com os princípios do SUS e as bandeiras de luta da Reforma Sanitária, enquanto que o segundo se constitui como parte integrante do conjunto das contrarreformas operadas pelo modelo neoliberal, o qual prioriza a redução do papel do Estado e a transferência de atividades com fins públicos para o setor privado, flexibilizando os direitos sociais, aí incluído o direito a saúde.

Para Soares (2010), vale destacar que na conjuntura atual convivem em disputa o projeto privatista, o projeto SUS possível e o projeto da Reforma Sanitária. Conforme a referida autora, o projeto SUS possível é incorporado pelas lideranças que diante dos limites da política econômica defendem uma “flexibilização” das bandeiras de luta da reforma sanitária, e conseqüentemente favorece a ampliação do projeto privatista.

De forma prospectiva, autores sintonizados com a defesa de um sistema público de saúde fundamentados nos princípios do SUS, acreditam que a reversão da atual direção da política de saúde no Brasil dependerá, em grande medida, da correlação de forças que poderá ser estabelecida na esfera sanitária, tensionada de um lado pelo projeto de Reforma Sanitária e por outro lado pelo projeto de contrarreforma na saúde. Fato que demandará dos sujeitos um claro posicionamento e defesa de projetos que apontam distintas direções para o campo da saúde.

As particularidades da política de saúde, destacadas brevemente neste capítulo, repercutem, de acordo com Soares (2010), sobre as diversas práticas sociais no interior do SUS, colocando um conjunto de requisições e demandas que se apresentam especificamente no cotidiano profissional do(a) assistente social.

As condições objetivas e subjetivas postas pela crise contemporânea do capitalismo trazem desdobramentos importantes para a profissão. É necessário considerar, sobretudo, a maneira como as políticas sociais vêm sendo implementadas no país, particularmente a política de saúde que nessa conjuntura vem experimentando alterações significativas. Política esta que se constitui em um espaço sócio ocupacional histórico para a profissão. Enfim, as

inflexões da política de saúde no Brasil para o exercício profissional dos (as) assistentes sociais nesta área, é o que discutiremos no capítulo a seguir.

3 AS INFLEXÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO (A) ASSISTENTE SOCIAL

Na busca de analisar a particularidade do exercício profissional na área de Saúde é relevante recuperarmos os avanços da profissão elencando de forma breve a trajetória do Serviço Social brasileiro, como também os desafios postos na conjuntura atual, frente às orientações dadas às políticas sociais e em especial a política em estudo.

3.1 Breve recuperação histórica sobre o Serviço Social brasileiro

O surgimento do Serviço Social no Brasil, como já discutido por diversos intelectuais da área, se deu nos anos 1930 no âmbito de um movimento de cunho reformista-conservador, ligado aos setores da Igreja Católica e do empresariado, como uma prática caritativa e assistencial com vista à manutenção da ordem vigente.

Desse modo, configurou-se em mais uma das profissões cuja inserção na divisão social e técnica do trabalho se deu a partir de sua vinculação orgânica com as prerrogativas e princípios do projeto reformista conservador, aqui implementado na era dos monopólios. Portanto, foram às formas de tratamento das expressões da “questão social”, empreendidas a partir dos fundamentos desse projeto, que germinaram as condições objetivas e subjetivas para a emergência e institucionalização da profissão, que por sua vez estabeleceu e apresentou suas respostas sócio-profissionais também balizadas por ele. (NETTO, 2001).

Somente a partir da intervenção do Estado nas expressões da “questão social”, entre as décadas de 1930 e 1940, o Serviço Social passou, de acordo com Iamamoto e Carvalho (1996) a ser reconhecido como uma especialização do trabalho inserido na divisão social e técnica do trabalho.

Nos anos de 1960, num cenário de mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais no continente latino-americano quando se gestou o Movimento de Reconceituação¹⁰, fenômeno internacional concebido no caldo sociocultural da crise do Serviço Social “tradicional”, a profissão direcionou uma crítica ao tradicionalismo profissional em diferentes níveis: teórico, metodológico, operativo e político, conforme destacou Yazbek (2009).

Entre os avanços obtidos nesse período pode-se destacar a explicitação das dimensões política, intelectual e investigativa da profissão e a sua interlocução com as ciências sociais a qual possibilitou, entre outros ganhos, a aproximação inicial ao marxismo¹¹ e à recusa dos profissionais de serem meros executores de políticas sociais.

Contudo, não se pode desconsiderar que o referido Movimento marcou uma determinada conjuntura histórica de contestação política e social, sendo abortado pela onda ditatorial que se fez presente na América Latina em oposição aos regimes democráticos. Ou seja, se instauraram ditaduras financiadas pelos organismos do grande capital em oposição às experiências socialistas.

No Brasil, os desdobramentos desse Movimento deram origem ao que Netto (2010a, p. 31) denominou de Renovação do Serviço Social, implicando “na construção de um pluralismo profissional através de diferentes procedimentos que embasaram a legitimação prática e a validação teórica inédita em face da evolução profissional anterior”.

Renovação que, segundo o autor citado, assumiu direções distintas em termos cronológicos e teóricos. Dos últimos anos da década de 1950 até o golpe militar em 1964 ocorreu a erosão do Serviço Social “tradicional”. Do pós-golpe até o início dos anos 1970 emergiu a perspectiva modernizadora, e a partir de meados da década de 1970 formularam-se as perspectivas de reatualização do conservadorismo e intenção de ruptura.

O processo de erosão das bases do Serviço Social “tradicional” ocorreu no cenário do desenvolvimentismo, quando quadro jovens da profissão, inseridos no trabalho com comunidades, questionaram a subalternidade da profissão, reivindicando um novo padrão cultural e teórico, tendo em vista as mudanças sociais que estavam ocorrendo. Nesse momento, pois, buscou-se uma sincronia com as novas demandas da sociedade, a necessidade

¹⁰ Sobre o Movimento de Reconceituação, consultar Netto (2010a).

¹¹ Segundo Netto (2010a), a aproximação inicial do Serviço Social ao marxismo se deu mediada por instâncias essencialmente prático-políticas, recorrendo-se particularmente a fontes secundárias e pouco qualificadas e num registro de forte ecletismo, repondo uma tendência presente na profissão desde suas protoformas.

de um aperfeiçoamento teórico-metodológico na formação profissional e a superação da subalternidade da profissão ligada apenas ao nível de execução. Assim, teve-se o desprestígio do Serviço Social “tradicional” e a crescente valorização da intervenção no plano comunitário.

Porém, esse processo foi abortado com o golpe militar em 1964 quando se instaurou no país o projeto político de modernização conservadora. Neste contexto emergiu no Serviço Social brasileiro a perspectiva modernizadora, que teve como marco inicial o I Seminário Regional Latino-Americano de Serviço Social, realizado em Porto Alegre - RS, em 1965, evento que todos concedem o mérito de inaugurar o Movimento.(Netto, 2010a).

Assim, nas reflexões do referido autor, a perspectiva modernizadora não erradicou o lastro conservador do Serviço Social, pois explorou o seu vetor reformista e subordinou as suas expressões às condições das novas exigências que a “modernização conservadora” pôs ao exercício profissional. Foi, portanto, a expressão da renovação profissional adequada à autocracia burguesa, entrando em crise em meados dos anos 1970, momento em que se observa o esgotamento do regime militar e a emergência de inúmeras contradições geradas pelo próprio processo de modernização capitalista no país.

A perspectiva denominada de reatualização do conservadorismo surgiu no Seminário de Sumaré (1978) e Alto da Boa Vista (1984), ambos ocorridos no Rio de Janeiro, os quais não obtiveram a mesma repercussão dos seus dois precedentes¹², a perspectiva tradicional e a concepção modernizadora. Demonstraram nas suas elaborações e preocupações uma enorme pobreza teórica, se comparados com as discussões ora em curso nos foros acadêmicos, culturais e políticos da profissão e fora dela, além de um tom de anacronismo que as tornaram pouco sensibilizadoras para a polêmica mais calorosa.

A perspectiva que se colocou naquele momento objetivava deter a erosão do Serviço Social “tradicional”, configurando-se como uma alternativa neutralizadora das influências de referências marxistas. Revelou, segundo Netto (2010a), um elenco de traços que conferem às suas concepções conservadoras do Serviço Social uma nova roupagem. Portanto, afirmou o Serviço Social como uma profissão de ajuda “psicossocial” à pessoa, reforçando a via de psicologização da “questão social” e sua transformação em problemas sociais individuais. Priorizou a ênfase no micro-social para a explicação do problema do indivíduo, não

¹² Durante a ditadura militar foram realizados dois seminários de teorização do Serviço Social, o Seminário de Araxá em Minas Gerais (1967) e o Seminário de Teresópolis Rio de Janeiro (1970) os quais representaram a perspectiva modernizadora .

questionando as estruturas sociais, reatualizando, pois, a vinculação da profissão ao pensamento conservador.

A perspectiva de intenção de ruptura emergiu no final dos anos 1970, explicitandoos avanços obtidos com a aproximação à teoria social crítica e basicamente se caracterizou pela recusa ao conservadorismo, representado pelo Serviço Social tradicional e seus aportes teóricos, metodológicos e ideológicos, buscando dessa forma romper com a herança conservadora e suas formas de intervenção profissional.

Ruptura que, segundo Netto (2010a), não significou, portanto, a superação do conservadorismo no interior da profissão, mas abriu-se a possibilidade de posicionamentos ideológicos e políticos de natureza crítica que passaram a conquistar legitimidade para se expressar abertamente.

Esta perspectiva deu o tom ao debate profissional e adentrou a década de 1980, imprimindo outra direção ao exercício profissional. A apropriação das fontes originais de Marx possibilitou a superação dos equívocos iniciais da aproximação do Serviço Social ao marxismo, configurando um quadro de maturação profissional e a constituição de uma vanguarda que se voltou para a pesquisa e a produção de conhecimento.

Logo, possibilitou as bases para a construção de um projeto profissional novo, o qual vem sendo denominado de projeto ético-político. As lutas sociais protagonizadas no país, no período de redemocratização, aproximaram segmentos da categoria profissional ao movimento dos trabalhadores e pela primeira vez no interior da categoria, segundo Netto (1999), repercutiram projetos societários distintos daqueles que atendiam aos interesses da classe dominante.

Os projetos profissionais, de acordo com Netto (1999, p. 07), envolve uma série de componentes distintos: “uma autoimagem da profissão, os valores que a legitimam, sua função social e seus objetivos, conhecimentos teóricos, saberes interventivos, normas, práticas e etc.” Tais projetos são construídos por um sujeito coletivo, ou seja, pela categoria profissional que não inclui apenas os profissionais do “campo” ou da “prática”, mas pelo conjunto de membros que dão efetividade a profissão.

Assim, na passagem dos anos 1980 para os anos 1990 o projeto ético-político do Serviço Social se consolidou. Este projeto tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central, daí o compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão

dos indivíduos. Consequentemente se vincula a um projeto societário que visa à conformação de uma nova ordem societária sem exploração de gênero, raça e etnia.

Desse modo, porta uma clara dimensão política explicitada através do posicionamento a favor da justiça social na perspectiva da universalização dos direitos sociais, na defesa do aprofundamento da democracia enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida, no compromisso do profissional com os serviços prestados aos usuários e no aperfeiçoamento intelectual do assistente social, entre outros.

Para Iamamoto (2009), o cenário que se apresenta na década de 1990 no Serviço Social brasileiro expressa uma feição acadêmica e profissional renovada, com um projeto profissional radicalmente renovador e crítico que adota valores de um projeto societário com caráter emancipatório, adquirindo materialidade em seu conjunto de regulamentações: o Código de Ética Profissional (1993), a Lei que regulamenta a Profissão (1993) e as Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (1996).

No entanto, as transformações societárias nos anos de 1990, aprofundadas na atual conjuntura como sinalizadas anteriormente, colocam desafios para a profissão do ponto de vista de sua intervenção e de seus aportes teóricos e metodológicos.

Conforme Barroco (2004), conjuntura bastante adversa para o projeto ético-político profissional, tendo em vista as demandas que se inscrevem no agravamento da “questão social”, principalmente quanto às consequências das mudanças na dinâmica do capitalismo, como por exemplo, as transformações do mundo do trabalho as quais, evidenciam o aprofundamento da miséria, da exclusão social e perda de direitos. A falência do denominado “socialismo real” e a crise que se observa nos movimentos socialistas e da esquerda, em geral, colocam limites objetivos ao avanço das lutas gerais dos trabalhadores, o que repercute na consolidação da ruptura, no cerne do projeto ético-político profissional.

O Serviço Social não passa alheio a todo o debate nas ciências sociais em torno de uma suposta “crise de paradigmas”, para a qual as matrizes teóricas da razão moderna, principalmente a teoria social crítica, enquanto teoria explicativa é “acusada” de ser uma teoria estruturalista dogmática focada nos aspectos econômicos, deixando de atentar para os aspectos subjetivos dos processos sociais, não dando conta de explicar a “nova” realidade. Logo, a profissão inclui-se no debate contemporâneo sobre as transformações societárias pela via de uma análise sócio-política compartimentada e polarizante, alavancada nos meandros da

crítica ao arcabouço teórico-metodológico marxista, marco de referência intelectual da direção teórico-política que orienta o projeto profissional de ruptura.

Apesar da vitalidade do marxismo como paradigma de análise e apreensão da realidade e de ser uma matriz hegemônica presente no projeto profissional, caracterizado pela ruptura com o conservadorismo, o referido debate se coloca no Serviço Social brasileiro.

As alterações ocorridas no mundo do trabalho com o processo de reestruturação produtiva passaram a requerer determinado perfil de trabalhador o qual, conforme Guerra (2010, pág.718), se adapte as mudanças no conteúdo do trabalho, aquele profissional que se converta em “empresário de si”. Busca-se, pois, um perfil com uma prática mais burocratizada que esteja em sintonia aos critérios seletivos no repasse das “novas” políticas sociais.

É relevante destacar, nessa análise, que há uma tendência para a formação com ênfase na dimensão técnica operativa, em detrimento das dimensões teórico-metodológica e ético-política. Dado que as políticas sociais assumem um caráter cada vez mais assistencialista com atendimento focalizado na pobreza, operadas para ações em curto prazo e resoluções imediatas “a lógica instrumental passa a subordinar os processos sociais ao reino da volatilidade e do aqui e do agora.” (GUERRA, 2010, pág. 723). Assim, para Netto (1996), institui-se um confronto entre dois paradigmas de profissional

O técnico que vai operar instrumentalmente sobre as demandas do mercado de trabalho tal qual elas se apresentam ou o intelectual que, com qualificação operativa, vai intervir sobre aquelas demandas a partir da compreensão teórico-crítica, identificando os limites, mas também as possibilidades da ação focalizada. (NETTO, 1996, p. 126).

Outro desafio a pontuar são as exigências imediatas do mercado de trabalho que atingem igualmente o exercício profissional do (a) assistente social, por meio da flexibilização, ou seja, “uma forma de precarização do seu trabalho tanto como segmento da classe trabalhadora, quanto como profissional.” (GUERRA, 2010, pág.719).

Com as alterações no mercado e nas suas condições de trabalho, opera-se como tendências

A desregulamentação do trabalho, subcontratação, diferentes formas de contrato, mudanças na legislação trabalhista, informalidade, jornadas de trabalho e salários flexíveis, multifuncionalidade, polivalência, precariedade

dos espaços laborais e dos salários, frágil organização sindical etc. (GUERRA, 2010, pág.719).

Soma-se a essas tendências o crescente número de profissionais que possuem mais de um vínculo empregatício, o que caracteriza o pluriemprego. A inserção em duas ou mais políticas sociais, a terceirização do trabalho na forma de assessoria, como também o empreendedorismo que permite distintas formas de flexibilização: salarial, horário, funções ou formas de contratação. (GUERRA, 2010).

Outro aspecto importante a ser destacado se refere às “precárias condições éticas e técnicas”¹³ para a realização do exercício profissional, a exemplo da ausência de condições objetivas para assegurar o sigilo profissional e a inviolabilidade do direito dos usuários, a falta de estrutura física para atendimentos etc.

Como já ressaltou Santos (2010)

A depender da particularidade de cada espaço-ocupacional falta de equipamentos de toda ordem, de material de informática, meios de transporte para a realização de atividades que requerem o deslocamento dos profissionais, falta de arquivos disponíveis para guarda de material técnico de caráter reservado, ausência de espaços físicos para reuniões e estudos de caráter individual e em equipe. (SANTOS, 2010, pág. 08).

Tais condições e relações de trabalho, para Santos (2010), têm implicações na subjetividade dos indivíduos, pois as distintas formas de contratação da força de trabalho, a exigência de metas quantitativas, a sobrecarga de trabalho vêm ocasionando processos de adoecimento físico e mental.

Contudo, a profissão não tem recebido essas inflexões de forma inerte, pois vem, sobretudo, respondendo com estratégias políticas que visam fortalecer o processo de materialização do projeto ético-político, protagonizadas pelas entidades representativas da categoria, a exemplo do Conselho Federal de Serviço Social e do Conselho Regional de Serviço Social o conjunto CFESS/CRESS, que tem desempenhado um importante papel na luta contra a precarização do trabalho profissional e na defesa da formação do assistente social em sintonia com os princípios do projeto ético-político.

¹³ Expressão utilizada por Santos (2010)

Cabe ressaltar, que a organização política do Serviço Social não se restringe a sua forma (estrutura e entidade), mas também ao conteúdo e ações políticas as quais os (as) assistentes sociais agem individualmente ou coletivamente em disputa para assegurar a direção teórica e ético-política da profissão. Organização que se pauta no compromisso com a classe trabalhadora e são tecidas no cotidiano, nos momentos coletivos (encontros, seminários, congressos) em meio a mecanismos de lutas e resistências.

A luta pelo trabalho com direitos vai além da defesa dos direitos para os assistentes sociais, pois os desafios postos para os profissionais não são exclusivos dessa profissão, circunscrevem o universo da classe trabalhadora e somente a vinculação coletiva dos trabalhadores pode ocasionar mudança nas condições de vida e de trabalho dos mesmos. (BOSCHETTI, 2011).

Contra a precarização do trabalho, vale destacar, o conjunto CFESS/CRESS lançou a campanha pela Defesa do Concurso Público com diversas ações em órgãos públicos e privados. Para Boschetti (2011), tal estratégia entende o concurso público como uma forma de assegurar o compromisso com os serviços prestados aos usuários, conforme estabelece o Código de Ética Profissional em vigência como também, uma forma de enfrentamento a precarização do trabalho profissional.

Outras estratégias de fundamental importância foram as normatizações de resoluções para a garantia das atribuições e competências profissionais, bem como as condições éticas e técnicas do trabalho profissional, na perspectiva de aprofundar o já disposto na Lei que Regulamenta a Profissão¹⁴. Resoluções que, segundo Santos (2010), são instrumentos de defesa e valorização do Serviço Social, dos serviços prestados à população usuária e a sociedade brasileira.

Assim, obteve-se, entre outras, a normatização da supervisão direta de estágio como atribuição privativa dos assistentes sociais (Resolução Nº533/2008), estabelecimento de procedimentos para a lacração de material técnico e material técnico-sigiloso do Serviço Social (Resolução. n. 566/2009), regulamentação que veda a realização de terapias associadas ao título ou exercício e/ou título profissional do(a) assistente social (Resolução Nº569/2010). (BOSCHETTI, 2011).

Por fim, uma das mais significativas conquistas da categoria foi à redução da jornada de trabalho para trinta horas semanais, sem redução salarial. Conquista esta que pode ser

¹⁴ Lei 8.862/ de junho de 1993 dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

considerada histórica, visto que provocou impacto principalmente nas condições de trabalho e da vida dos (as) assistentes sociais, contribuindo para reparar a sobrecarga de trabalho e as situações de adoecimento, desgaste físico e emocional aos quais estão submetidos (as), especificamente por compor uma categoria profissional que convive cotidianamente com demandas que explicitam diversas formas de violência e violação de direitos, expressões das desigualdades sociais.

Portanto, os avanços, os retrocessos, os desafios, as conquistas e as lutas empreendidas pelo Serviço Social repercutem no exercício profissional dos (as) assistentes sociais inseridos (as) nos diversos espaços sócio ocupacionais, os quais são marcados por correlações de força entre as classes e os grupos que criam nas várias conjunturas limites e possibilidades. Destacamos como um desses espaços a inserção profissional do assistente social na área da saúde a qual versaremos no item a seguir.

3.2 O Serviço Social na área de saúde: demandas e respostas profissionais

É consensual entre os estudiosos do Serviço Social na área da saúde, que a inserção dos assistentes sociais nesse espaço sócio ocupacional ocorreu, necessariamente, pelo reconhecimento social da profissão e especificamente pelo conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir da construção e contornos, os quais se desenvolvem historicamente a saúde pública no Brasil. (COSTA 2000, p.7).

Foi a partir de 1945 que a ação profissional na área da saúde se ampliou, transformando-se no setor que historicamente vem mais absorvendo os assistentes sociais. Este fato ocorreu, sobretudo, pela emergência de um “novo conceito” de saúde elaborado no ano de 1948, o qual incorporou os aspectos biopsicossociais do processo saúde-doença e não mais apenas a situação de adoecimento, bem como determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles os (as) assistentes sociais, enfatizando a constituição do trabalho em equipe multidisciplinar. (BRAVO; MATOS, 2008, p. 199).

Entre as atribuições que se destacaram, inicialmente, para os (as) assistentes sociais foi a dimensão educativa realizada de forma normativa no modo de vida da “clientela”, com a priorização de hábitos de higiene e saúde. Logo, os (as) assistentes sociais foram identificados, conforme ressalta Matos (2013, pág. 57) “como aquele profissional que podia contribuir para

o aperfeiçoamento do trabalho médico sendo utilizada para designar tais profissionais a categoria de paramédicos, isto é, subsidiária à prática médica”.

Antes da criação do SUS os serviços de saúde eram organizados basicamente em dois subsetores, ou seja, o de saúde pública com ênfase no “sanitarismo campanhista” (campanhas), predominante até meados de 1960, e o subsetor da medicina previdenciária que posteriormente irá sobressair o de saúde pública. (BRAVO, 2009).

No entanto, é relevante pontuar que no primeiro setor não havia inserção de assistentes sociais, já na medicina previdenciária as ações destes se concentravam nos hospitais e ambulatórios. Esta assistência por não ser universal gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter excludente. Os (as) assistentes sociais atuavam nos hospitais se colocando como elo entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. (BRAVO; MATOS, 2008).

Portanto, a ênfase do trabalho profissional era baseada na intervenção com recurso a metodologia do Serviço Social de Caso. O usuário era percebido apenas em sua dimensão individual e os problemas vividos pelos “clientes” eram frutos do seu próprio comportamento. Assim, mudando os hábitos, alterar-se-ia a sua situação devido à referência da metodologia de Caso se remeter aos aportes teóricos do funcionalismo. (MATOS, 2013).

A estrutura da assistência médica previdenciária, perpassada pela lógica burocrático-centralizadora da política de saúde, reforçava de certa forma, conforme Lessa (2003), o caráter do (a) profissional como um executor (a) terminal de programas e projetos voltados para a atenção individual-curativa.

O processo de modernização das políticas sociais no bojo da autocracia burguesa ocasionou uma alteração no formato das políticas sociais, as quais passaram a ser revestidas de um viés tecnocrático, sedimentando a ação profissional na prática curativa.

Segundo Bravo e Matos (2008), naquele contexto foram privilegiadas técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais, coerente com o modelo político econômico implantado no país.

Dado a inserção dos (as) profissionais predominantemente nos níveis secundários e terciários dos serviços de saúde, e a partir do lugar subalterno conferido ao social na política de saúde, bem como as demandas, geralmente, de caráter emergencial que lhes eram colocadas, as respostas profissionais foram norteadas, segundo Vasconcelos (2013), por um

referencial teórico político de cunho conservador que coadunava com a lógica do modelo hegemônico de saúde.

Assim, conforme a autora citada, até os anos 1960 não passaram grandes questionamentos em torno da direção do trabalho profissional, a perspectiva modernizadora continuou a influenciar a atuação nesse setor, incentivando sua inserção em processos de planejamento e avaliação.

Desse modo, nas palavras de Vasconcelos (2013, p.145), “a atuação profissional continuou distanciada das experiências de participação da população discutida em outros âmbitos profissionais, (os) assistentes sociais continuaram assépticos (as) às mudanças”. Mantinham-se, portanto, na execução terminal de políticas e não se inseriram em experiências de saúde coletiva, como já demonstraram Bravo e Matos (2008).

Na década de 1980, quando se destacou na saúde o Movimento de Reforma Sanitária e a profissão vivenciava o avanço do seu processo de renovação, ocorreram mudanças significativas do ponto de vista teórico, no entanto, no âmbito da intervenção profissional no cotidiano dos serviços pouco se avançou. Foi possível constatar a desarticulação da profissão com a luta pelo direito à saúde e do Movimento de Reforma Sanitária. (BRAVO 2009).

Contudo, não se pode omitir que mesmo o Serviço Social passando ao largo da luta pelo direito à saúde naquele momento, há uma clara vinculação entre o projeto ético-político da profissão e o Projeto de Reforma Sanitária em seus aportes teóricos, no que diz respeito ao compromisso com a classe trabalhadora e na defesa do aprofundamento da democracia, demonstrando a clara necessidade de se aliar projetos profissionais e projetos societários, para o conjunto da sociedade.

De acordo com Monerat et al (2009, p.97), como aprofundamento do processo de descentralização em direção aos municípios “que trouxe uma série de mudanças no modelo de gestão da política de saúde no Brasil, ocorreu uma reorganização dos serviços de saúde”, bem como o redimensionamento do trabalho sanitário, entre ele o do(a) assistente social com a emergência de novas áreas de atuação.

O novo modelo de atenção à saúde e seus pressupostos que remetem ao conceito ampliado de saúde, bem como os princípios da universalidade, participação e integralidade, tendo como pilares básicos a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, como demonstram Nogueira e Mioto (2008, pág.225), “possibilitou uma inserção diferenciada do assistente social na área de saúde, superando o estatuto de profissão paramédica, típico do modelo biomédico”.

Os assistentes sociais, pois, passaram a ser requisitados a intervir entre as relações e determinações sociais que interferem no processo saúde-doença, buscando estratégias político - institucionais para o enfrentamento dessas questões, tendo como norte o projeto ético-político profissional.(BRAVO, MATOS, 2004).

Na conjuntura atual onde se registra a disputa entre distintos projetos para a saúde no país, se faz necessário chamar atenção para o fato de que esses projetos apresentam distintas direções para o Serviço Social na área. Por um lado, o projeto privatista tem demandado dos (as) assistentes sociais a “seleção sócia econômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor.” (CEFESS, 2010, pág.26).

Por outro lado, o projeto de Reforma Sanitária requisita que os(as) assistentes sociais se voltem para questões como a democratização do acesso aos serviços e unidades de saúde, atendimento humanizado, estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade, trabalho interdisciplinar, abordagem grupais, ações de educação em saúde, estímulo à participação popular etc. (CEFESS, 2010).

Segundo Lessa (2003), com as alterações ocorridas nos formatos das políticas sociais, como visto nos subitens anteriores, marcadas principalmente pelo critério da focalização e seletividade, as ações profissionais têm sido realizadas, prioritariamente, entre as contradições, dificuldades de funcionamento e a falta de resolutividade do sistema.

Nesse contexto, o papel desempenhado pelos(as) assistentes sociais na área de saúde tem sido o de um “agente de integração ou elo invisível entre os vários níveis do sistema, com vistas a garantir ao usuário os seus direitos”. (COSTA, 2000 p.43)

Entretanto, as atividades desenvolvidas não estão sendo apreendidas pelos(as) profissionais do Serviço Social como trabalho, havendo uma parte significativa desses(as) que reiteram um discurso de imprecisão técnica e de deslegitimação profissional (COSTA, 2000). Fato que pode ser atribuído a diferença existente entre o trabalho dos(as) assistentes sociais, que tem os seus objetos de intervenção construídos a partir das demandas institucionais ou dos usuários, e os demais componentes da equipe de saúde, que em geral tem seus objetos pré-estabelecidos num determinado setor, conferindo-lhe uma maior visibilidade.

As demandas que não são resolvidas pelos demais sistemas e serviços, bem como aquelas não previstas nos procedimentos autorizados, são postas ou assumidas pelo Serviço Social. (COSTA, 2000)

Para Matos(2013, p.65)isso expressa duas reduções: a primeira de atribuir aos (as) assistentes sociais “a resolução de problemas que são próprios do capitalismo e, a segunda, a crença de que é possível resolver esses problemas estruturais por meio de políticas sociais do capitalismo”.

Conforme as análises de Soares (2010), a contrarreforma, já caracterizada no capítulo dois, insere novas práticas, mas também reitera as velhas práticas não superadas e reprodutoras do modelo de atenção à saúde prioritariamente com práticas assistenciais curativas e assistencialistas. Trazem impactos para o Serviço Social no que tange ao seu lugar na saúde, demonstrando como tendência uma reação conservadora vindo com muita força nessa área, conformando o que já sinalizou Bravo (2007).

Segundo Matos (2013),

a proposta do Serviço Social clínico, com defesa da realização de atendimentos terapêuticos nos serviços de saúde; a defesa de um suposto saber específico do Serviço Social por especialidade clínica da medicina e a reatualização de uma crise de identidade da profissão quando, em nome da função social de sanitário, os assistentes sociais não se identificam mais como tal. Todas essas expressões buscam se distanciar da função social da profissão Serviço Social na divisão social e técnica do trabalho. (MATOS, 2010, p. 106).

Desse modo, para o autor acima citado, o desafio consiste em buscar identificar e responder as demandas que estão sendo postas pelas instituições de forma a desvelar as necessidades sociais, partindo da compreensão do que está explícito e, sobretudo, implícito nessas demandas, apreendidas em sua totalidade, poisas mesmas mesclam-se em novas e velhasrequisições com forte vinculação ao Serviço Social tradicional.

Logo,o quadro em que se inscreve o exercício profissional nos coloca a imperiosa necessidade de afirmar o compromisso com o fortalecimento do SUS,a fim de construir alternativas concretas para além do mero discurso.

Frente a essa conjuntura é indubitável adensar estratégias para o trabalho em saúde, tendo como eixo principal a articulação com princípios dos projetos de Reforma Sanitária e ético-político do Serviço Social.

Do contrário,a flexibilização dos princípios dos referidos projetos,com vistas a assegurar os pequenos ganhos políticos,a partir de concessões e revisionismos teórico-

políticos podem trazer implicações negativas para o Serviço Social na sua trajetória de luta contra o conservadorismo profissional e na sociedade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso adotado, na presente monografia, nos possibilitou apreender as múltiplas mediações e tendências subjacentes à política de saúde no Brasil, bem como suas inflexões sobre o exercício profissional dos(as) assistentes sociais neste espaço sócio-ocupacional na atualidade, que se tece em meio a um processo de contrarreforma do Estado.

As tendências da política de saúde, aqui destacadas, demonstram que a atenção básica está sendo um dos eixos estruturantes do novo modelo de atenção à saúde e que houve uma ampliação considerável da mesma, no entanto, a inserção profissional dos assistentes sociais está se dando, majoritariamente, na média e alta complexidade.

Observa-se, portanto, que a direção que se tem imprimido ao exercício profissional, considerando a própria estruturação do trabalho nesses espaços marcados por um grande conteúdo emergencial, pragmático e imediato, vem conformando nas ações e atividades profissionais uma tendência para a formação de um perfil que prioriza as respostas imediatistas e pragmáticas.

Todavia, vale ressaltar que a questão das demandas emergenciais e de respostas imediatas não tem sido exclusivas dos(as) assistentes sociais, visto que a lógica emergencial permeia todo o cotidiano do trabalho coletivo em saúde.

Nota-se que houve um aumento da demanda por assistentes sociais nos serviços de saúde, embora estejam sendo admitidos(as), na sua maioria, através de contratos flexíveis sem (ou com) pouca estabilidade e proteções trabalhistas.

Outra questão que merece atenção é o lugar ocupado pela profissão no SUS. Evidencia-se uma tendência ao reforço da subalternidade dos(as) assistentes sociais no trabalho sanitário. A profissão tem se ocupado prioritariamente da assistência direta aos usuários em uma política que prioriza o conteúdo assistencial de forma focalizada, fragmentada e restrita.

A conjuntura que se inscreve a política de saúde também vem demandando do assistente social práticas voltadas para um conteúdo de conformação e passivização dos conflitos e, principalmente, na aceitação do que está posto, apregoando-se o discurso de que se está fazendo o possível- “possibilismo” - sem lutas sociais e flexibilizando os princípios do SUS, o direito à saúde, entre outros direitos.

Há um forte apelo à subjetividade dos indivíduos com práticas tecnicistas e psicologizantes que se travestem de “modernas”. Aqui se encontra uma séria implicação, pois um exercício profissional que passa a reduzir a ação exclusivamente sobre as questões subjetivas vividas pelo sujeito se distancia do projeto ético-político e da escolha da teoria social crítica como norte para iluminar a prática profissional. Ao se apropriarem de outras matizes teóricas que não integram a formação básica dos (as) assistentes sociais negam, dessa forma, os avanços obtidos com a interlocução qualificada com a teoria crítica a qual se ancora o projeto ético-político, dando margem para uma ofensiva conservadora na profissão, aproximando-se do ideário pós-moderno.

Ideário esse que prioriza o uso da razão instrumental, que se traduz na profissão pela reatualização de tendências que reforçam o tecnicismo e o pragmatismo com práticas imediatistas e acríticas, sendo reforçadas no contexto da crise, se tornando funcionais as relações capitalistas na contemporaneidade.

É relevante ainda pontuar que também vem sendo requisitado dos(as) assistentes sociais a busca pelo fortalecimento dos princípios do SUS, através da humanização nos serviços de saúde. Fato este que sem as devidas mediações e clareza de suas atribuições e competências profissionais poderá reatualizar traços do messianismo e voluntarismo, expressões do conservadorismo na profissão.

Portanto, o Serviço Social nesse espaço sócio-ocupacional vem se deparando com enormes desafios e possibilidades. Vem, pois, vivenciando avanços e retrocessos, como todo movimento dialético.

Mesmo a política de saúde sendo um campo de tensões com projetos distintos em disputa, há possibilidades dos (as) assistentes sociais conferirem ao seu trabalho um conteúdo político-pedagógico sintonizado com o projeto ético-político da profissão, buscando incentivar a participação dos usuários na defesa dos seus direitos por meio da divulgação de canais e instâncias que incentivem o controle social.

Com o tratamento realizado nesta monografia, a partir do material consultado, não se teve a pretensão de destacar conclusões fechadas, dar conta de todas as mediações e relações entre as tensões que envolvem a política de saúde na atualidade e suas inflexões para o exercício profissional dos (as) assistentes sociais, mas trazer para o debate da agenda profissional elementos relevantes e oferecer subsídios para novos estudos.

REFERÊNCIAS

- BARROCO, M. L. S. A inscrição da ética e dos direitos humanos no projeto ético-político do Serviço Social. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez Editora, n. 79, 2004, p. 27-42.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI; I. **Política social: fundamentos e história**. 9.ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BEHRING, E.R.**Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez 2003, p. 171-212.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
- _____. **Lei 8080 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20/11/2014.
- _____. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 20/11/2014.
- _____. **Portaria Nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 20/11/2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. -3 ed. – Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 05/03/2015

BRAVO, M. I. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 88-110.

BRAVO, I, M.; MAURÍLIO, C.M. Projeto ético político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008, 3. ed. p. 197-215.

_____. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M. I; POTYARA; A.P (Orgs). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008. p.197-216.

BOSCHETTI, I. Condições de trabalho e a luta dos (as) assistentes sociais pela jornada semanal das 30 horas. In: **Serviço Social e Sociedade**. n. 107. São Paulo: Cortez, 2011, p. 557-584.

CARNEIRO, T. S. Discutindo a Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB: um “Neo-PSF às avessas”? **Monografia** (Graduação em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social. Universidade Estadual da Paraíba: Campina Grande/ PB. 2008, 174f.

COSTA, M.D.H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) Assistentes Sociais. In: **Serviço Social e Sociedade**, n° 62. São Paulo Cortez, 2000.p.1-50

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CEFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília-DF: CFESS, 2010.

CORREIA, M. V. C. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. In: **Revista Temporalis - Política de saúde e Serviço Social: impasses e desafios**. Ano VII, n. 13, ABEPSS: São Luiz, 2007.p. 1-22.

GUERRA, Y. A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino público, privado e a distância. In: **Serviço Social e Sociedade**. n. 104. São Paulo: Cortez, 2010, p. 715-736.

IAMAMOTO, M.V. O Serviço Social na Cena Contemporânea. In: **Serviço Social: Direitos e Competências Profissionais**. Conselho Federal de Serviço Social. Brasília:2009.p.16-49.

IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 11.ed. São Paulo: Cortez Editora, 1996.

LIMA, T; MIOTO, R. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. In: **Rev. Katál**. Florianópolis v. 10. n. esp. p. 37-45 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v10nspe/a0410spe.pdf>. Acesso em: 21/01/2014.

LESSA, A.P. G. O trabalho do Assistente Social no SUS: desafios e perspectivas. In: COSTA, L.F. A; LESSA, A.P. G (orgs.). **O Serviço Social no Sistema Único de Saúde**. Fortaleza: UECE, 2003, p. 65-79.

MATOS, M.C. **Serviço Social Ética e Saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.p. 52-64 - 100-108.

MENDES, E, V. As Redes de Atenção à Saúde. Disponível em:http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf. Acesso em: 20/01/2014.

MOTTA, A.E. A seguridade social em tempo de crise. In: **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo da previdência e da assistência social nos anos 80 e 90. São Paulo, Cortez, 1995. p.117-157.

MONTANÕ, C. **Terceiro Setor e questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo, Cortez, 2002.

NETTO, J. P.**Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 15. Ed. São Paulo: Cortez, 2010(a).

_____. Uma face contemporânea de barbárie. In: **III Encontro Internacional “Civilização ou Barbárie”**, Serpa, 30-31 de outubro/1º de novembro de 2010(b). Disponível em:<http://pcb.org.br/portal/docs/umafacecontemporaneadabarbarie.pdf>. Acesso em: 20/11/2014.

_____. As condições histórico-sociais da emergência do Serviço Social. In: **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 3. ed. Ampliada. São Paulo: Cortez, 2001, p. 17-34.

_____. A construção do projeto Ético-Político do Serviço Social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 1: Crise contemporânea, questão social e Serviço Social. Brasília: CEAD, 1999, p.91-110.

_____. Transformações societárias e Serviço Social: Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. In: **Serviço Social e Sociedade**. n. 50. São Paulo: Cortez, 1996, p. 87-129.

NOGUEIRA, M, R; MIOTO, R, C. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde e as exigências atuais para os Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008, p. 218-239.

SANTOS, S, M. O CFESS na defesa as condições de trabalho e do projeto ético-político profissional. In: **Serviço Social e Sociedade**.n.104, São Paulo: Cortez, 2010, p.695-714.

SANTOS, J, S. **Neoconservadorismo pós-moderno e Serviço Social brasileiro**. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, R, S.A formação profissional crítica em Serviço Social inserida na ordem do capital monopolista. In: **Serviço Social e Sociedade**.n. 103. São Paulo: Cortez, 2010, p. 405-432.

SCHMALLER, V. P; VASCONCELOS, K.E. Estratégia Saúde da Família: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil. In: **Sociedade em Debate**. V. 17, n.1. Pelotas: 2011, p. 89-118. Disponível em: <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/686>. Acesso em: 21/01/2014.

SOARES, R.C. **Contra Reforma na Política de Saúde e o SUS hoje: impactos e demandas para o Serviço Social**. Tese (Doutorado) –Faculdade de Serviço Social:UFPE, 2011.

VASCONCELOS, K. E. L. **Promoção da Saúde e Serviço Social: uma análise do debate profissional**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE, 2013, 347f.

YASBEK, M.C. Os fundamentos históricos e teóricos metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p.144-162.