

FACULDADES INTEGRADAS DE CARATINGA-MG

CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

CARLA DA CONSOLAÇÃO MAGELA

SAMIRA BIANCA PEREIRA

**A PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: a realidade do trabalho do assistente social inserido na Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Vermelho Novo.**

CARATINGA-MG

2015

CARLA DA CONSOLAÇÃO MAGELA

SAMIRA BIANCA PEREIRA

**A PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE:  
A realidade do trabalho do assistente social inserido na Unidade Básica de  
Saúde (UBS) do município de Vermelho Novo.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social das Faculdades Integradas de Caratinga, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Área de Concentração: Seminário de TCC II  
Orientadora: Sonia Gomes de Freitas

CARATINGA

2015

## FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho de Conclusão de Curso intitulado: **A PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: a realidade do trabalho do assistente social inserido na Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Vermelho Novo.**

Elaborada pelas Alunas: Carla da Consolação Magela  
Samira Bianca Pereira

Foi aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo curso de Serviço Social das Faculdades Integradas de Caratinga-FIC, como requisito parcial da obtenção do título de

### BACHAREL EM SERVIÇO SOCIAL

CARATINGA \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Orientadora Sônia Gomes de Freitas

---

Examinador 1 Livia Maria Siqueira Fernandes

---

Examinador 2 Renata de Souza Ribeiro Paiva

Dedicamos a presente obra a Deus, as nossas famílias, aos amigos, e aos profissionais que lutam em favor da efetivação do projeto ético político.

Dedicamos a presente obra a Deus, as nossas famílias, aos amigos, e aos profissionais que lutam em favor da efetivação do projeto ético político.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço...

A Deus por me guiar em cada momento da minha vida, não me desamparando, a ele meu eterno louvor.

A minha mãe Sônia no qual sem seu apoio jamais seria possível minha inserção nesta faculdade, sendo ela uma incessante guerreira, dotada de um amor incondicional.

A meu pai Tarciso (in memoriam), que deixou seu exemplo de homem íntegro, e que do céu me acompanhou e abençoou.

Aos meus irmãos Carlos Eduardo e Clodoaldo que me ajudaram a vencer os desafios e acreditar no meu objetivo.

A Daniel por estar presente em momentos ímpares da minha vida, compreendendo meu sonho, sendo ele um grande incentivador dessa conquista.

Ao meu sobrinho Kayo Eduardo que me fez enxergar a vida de uma maneira mais encantadora.

Aos amigos e familiares pela força e união, acreditando em meu potencial e concretização de um sonho.

A todos os mestres pelos ensinamentos eternizados, em especial minha orientadora Sônia Gomes de Freitas por sua confiança e competência.

A minha amiga Samira Bianca que não fora somente uma companheira de estágio e TCC, mais sim parceira para compreender comigo todos os desafios da profissão de Serviço Social e vivenciar momentos extremos que passamos ao longo desses quatro anos de graduação.

Aos colegas de turma, em especial minha amiga Adriele Reis, o qual admiro pela sua coragem e perseverança e por ser extremamente “amiga verdadeira”.

A minha supervisora de estágio Cristiany Dornelas, por sua contribuição na minha formação profissional, me mostrando as estratégias em função de uma profissão tão desafiadora, mais o qual tanto amamos.

A todos agradeço pela concretização do meu maior sonho.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus por ter me permitido chegar até aqui, guiando meus passos e abençoando pessoas maravilhosas em meu caminho que me ofereceram sempre o melhor que puderam dar, dando-me força e resignação para vencer os obstáculos.

Aos meus amados avós Esterlina, Maria e Joaquim (in memoria) meu porto seguro, um extraordinário exemplo de amor e dedicação.

Aos meus queridos pais Marcinha e Samir pelo incentivo, esforço e sacrifício, tornando meus objetivos sua própria luta.

Ao meu filho Arthur, pela porção imensa de amor e carinho o qual me proporciona todos os dias e pela compreensão e paciência frente meus horários acadêmicos.

Ao meu namorado Jeferson pela paciência e pelos maravilhosos momentos o qual tornaram minha caminhada mais agradável

A minha amiga e parceira de TCC Carla pelo companheirismo e responsabilidade, por me receber tão bem em sua casa para que concluíssemos nosso projeto.

A Cristiany Dornelas, que foi mais do que supervisora de estágio transmitindo com paciência seu saber profissional, com dedicação constante para que pudéssemos sair do campo de estágio excelentes profissionais.

A professora Sonia que nos orientou na construção deste projeto, sempre exigindo o máximo de nós, comprometida a formar profissionais preparados e capacitados. E também aos outros mestres que passaram por esta caminhada sempre acreditando em nós.

Quero compartilhar essa vitória com vocês... Se hoje estou aqui é porque vocês acreditaram em meu sucesso e caminharam ao meu lado! "Recebam meu "muito obrigado", repleto de amor e carinho."

*“O sonho é contraditório, ambíguo. Ao mesmo tempo que acalenta, perturba; ao aliviar tensão, inquieta; ao dar esperanças, engana, pode tornar-se uma falácia; ao nos levar visualizar as possibilidades do ideal, nos afasta do real. Por outro lado, a realidade desmascara, mostra as ilusões quando nos permitimos apreender e nos defrontar com o que ela pode, se desvelada, nos revelar. Ao permanecermos no sonho, corremos o risco de mais sonhar do que agir, persistindo na mera declaração de princípios”.*

*Ana Maria Vasconcelos*

## RESUMO

Esta pesquisa possui como objetivo analisar a prática do assistente social no âmbito da política de saúde do município de Vermelho Novo-MG. Assim almejamos compreender os desafios e formas de organização do serviço social na UBS, frente ao comprometimento com seu projeto ético político. A relevância deste estudo se dá no sentido de compreendermos como o fazer profissional contribui na emancipação dos usuários, visando a ampliação dos direitos preconizados em lei, e estratégias no qual o profissional deve deter. Foram utilizados a metodologia de pesquisa qualitativa, semi estruturada, com a aplicação de questionário estruturado, bem com autores com viés crítico na pesquisa bibliográfica e análise dos dados. Conclui-se que para a concretização do trabalho o usuário deverá ser compreendido na sua totalidade, mesmo diante de tamanha precarização das condições de trabalho o assistente social norteado com seu código de ética vem lutando em favor dos direitos sócio assistenciais.

Palavras- chave: assistente social, pesquisa, saúde

## ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS- Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

BH- Belo Horizonte

CAPs -Caixas de Aposentadoria e Pensões

CBAS -Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social

CNS- Conselho Nacional de Saúde

DATASUS- Departamento de Informática do SUS

DC- Desenvolvimento de Comunidade

EUA- Estados Unidos da América

FHC- Fernando Henrique Cardoso

IAPS- Instituto de Aposentadorias e Pensões

IAPM- Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos

IAPC- Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes

IAPB- Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários

IAPI- Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários

IAPETC- Instituto de aposentadorias e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOAS : Lei Orgânica da Assistência Social

LOS- Lei Orgânica da Saúde

NOB RH- Norma Operacional Básica de Recursos Humanos

OPNES- Organizações Públicas Não estatais

OS- Organizações sociais

PSF- Programa Saúde na Família

SESP -Serviço Especial de Saúde Pública

SS- Serviço Social

SUS- Sistema Único de Saúde

TFD- Tratamento Fora do Domicílio

UBS- Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1- O SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO FRENTE ÀS TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS E SUA INSERÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE.....</b>	<b>14</b>
1.1 A GÊNESE DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO E SUAS IMPLICAÇÕES E DETERMINAÇÕES POLÍTICO SOCIAIS.....	14
1.2 A CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	27
1.3 A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE E SUAS PARTICULARIDADES NO SUS.....	39
<b>2 - A PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA E SUA INTERLOCUÇÃO COM O CÓDIGO DE ÉTICA.....</b>	<b>51</b>
2.1 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL E O PROJETO PROFISSIONAL CRÍTICO COMO SUSTENTAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL NO SUS.....	51
2.2 A PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL INSERIDO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) DO MUNICÍPIO DE VERMELHO NOVO: UMA REALIDADE EM ANÁLISE.....	60
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>87</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho traz um estudo acerca da inserção do serviço social na política nacional de saúde por meio de seus aspectos históricos até a contemporaneidade. Elaborado frente à experiência do estágio supervisionado na UBS o qual permitiu as autoras uma compreensão acerca do trabalho da assistente social inserido na Unidade Básica de Saúde no município de Vermelho Novo, em interlocução com autores que nortearam a pesquisa profissional.

O capítulo I apresenta O Serviço Social brasileiro frente às transformações societárias e sua inserção no campo da saúde, contextualizando a gênese da profissão do Brasil, suas implicações e determinações político sociais, abordando suas particularidades no SUS.

O capítulo II vem retratando a prática do assistente social no âmbito da saúde pública e sua interlocução com o código de ética. Descortinando a prática profissional do assistente social inserido na Unidade Básica de Saúde Sebastião Pascoal Coelho No município de Vermelho Novo retratando a realidade na efetivação profissional. Contextualizando o projeto profissional crítico como sustentação da prática profissional no SUS.

A base da pesquisa é a prática do assistente social na política de saúde, com uma abordagem a partir da gênese da profissão. Para isso perpassamos pelos marcos da profissão como: Movimento de reconceituação, intenção de ruptura, projeto profissional crítico, Sistema Único de Saúde e reforma sanitária. A partir das abordagens e compreensões procuramos identificar as legislações que embasam o trabalho da assistente social na saúde, traçar o perfil profissional da assistente social na referida UBS, verificar quais são as demandas institucionais, os desafios e limites impostos.

Vislumbramos a política de saúde pública no Brasil através de um breve histórico, passando por momentos marcantes dessa política como a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), o Sistema Único de Saúde (SUS), e Reforma Sanitária, para através da abordagem qualitativa chegar à inserção do assistente social nessa política. Debateu-se também acerca da inserção do Serviço Social na saúde ao longo dos anos tendo como objetivo principal a

relevância da articulação entre teoria e prática, em cada época, não podendo o Serviço Social restringir-se apenas ao acúmulo de informações, mas sim associar informação e prática, para assim obter respostas profissionais eficientes.

Dentre os autores que nortearam a elaboração do respectivo trabalho podemos citar Ana Maria Vasconcelos, Maria Inês de Souza Bravo e Maurílio Castro de Matos que contextualizam sobre a Saúde no Brasil e os autores Netto e Yamamoto que salientam sobre a história do Serviço Social e a prática profissional, a contribuição desses referenciais teóricos deram ênfase e sustentação ao tema pesquisado.

Abordara também as legislações que norteiam essas práticas e relaciona essas discussões com as categorias trabalho, instrumentos e técnicas. Fundamentado no depoimento da assistente social entrevistada, utilizando a técnica da convergência e divergência dos discursos, discute-se sobre os resultados da pesquisa, onde se buscou perceber a visão da entrevistada a respeito das suas atividades cotidianas, da articulação dessas atividades com a teoria e qual a importância da organização das atividades e relação às demandas impostas e a materialização do projeto ético político da profissão.

## **CAPÍTULO I – O SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO FRENTE ÀS TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS E SUA INSERÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE.**

### **1.1 A gênese do Serviço Social brasileiro e suas implicações e determinações político sociais.**

O Serviço Social surgiu na tradição entre capital X trabalho, onde se expressou a mudança do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista, com a urgência de viabilizar o acréscimo dos lucros capitalistas através do controle dos mercados, estimulando a criação de novas tecnologias e assim sucessivamente acarretando o aumentando do exército industrial de reservas fazendo visível a queda do padrão de vida dos assalariados e o aumento da taxa de afluência de trabalhadores. “Em síntese, verifica-se a ampliação da miséria absoluta e relativa de grande parcela da população trabalhadora, consubstanciando um processo crescente de dilapidação da força de trabalho coletiva” IAMAMOTO, (2000, p. 82).

O capitalismo monopolista colocou em patamar ainda mais alto o sistema de contradições produzido pela ordem burguesa, como a exploração e a alienação da força de trabalho, viabilizando o aumento dos lucros da burguesia. Provocou uma “reordenação da dominação burguesa e, conseqüentemente, das relações dessa classe com as demais, com o Estado, com as grandes corporações e as nações centrais, com as quais os laços foram estreitados” IAMAMOTO, (2000, p. 80).

Segundo NETTO (2011), a gênese histórico-social da profissão, em âmbito mundial, se situa no concreto tratamento da questão social num momento muito específico do desenvolvimento da sociedade burguesa: a era do capitalismo monopolista.

A questão social<sup>1</sup>, base de fundamentação do Serviço Social, é inerente à forma de organização da sociedade capitalista que promove o desenvolvimento

---

<sup>1</sup> “Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 2001b, p. 27).n

das forças produtivas e, paralelamente, aprofunda e expande a desigualdade, a miséria, a pobreza.

A questão social, por si só, não determina o surgimento do Serviço Social (NETTO, 1996 apud MONTAÑO, 1998). Ela passará a ser objeto de intervenção da profissão apenas quando é assumida pelo Estado, no estágio do capitalismo monopolista, onde através da pressão e interesse do capital e da classe trabalhadora, se torna obrigado a absorver suas demandas e a dar respostas através das políticas sociais sem que, contudo, isso afete os interesses dos capitalistas. Isso inclusive é condição para legitimação do Estado diante das duas classes IAMAMOTO et all (2001).

A intervenção do Estado surge para atender ao capitalismo monopolista, que possuíam integração orgânica entre os aparatos privados dos monopólios e as instituições estatais, com lógica da garantia dos superlucros.

NETTO contextualiza que:

A necessidade de uma nova modalidade de intervenção do Estado decorre primariamente, como aludimos, da demanda que o capitalismo monopolista tem de um vetor extra-econômico para assegurar seus objetivos estritamente econômicos. O eixo da intervenção estatal na idade do monopólio é direcionado para garantir os superlucros dos monopólios e para tanto, como poder político e econômico, o Estado desempenha uma multiplicidade de funções.<sup>2</sup>

Neste contexto é necessário destacar a significativa organização da classe proletária frente às diversas mazelas sociais advindas da exploração do capital, reivindicando melhores condições de trabalho. O Estado atua indiretamente em favor do capital possibilitando controle social através da constituição das políticas públicas.

De acordo com NETTO:

[...] a funcionalidade essencial da política social do Estado burguês no capitalismo monopolista se expressa nos processos referentes à preservação e ao controle da força de trabalho – ocupada, mediante a regulamentação das

---

<sup>2</sup> NETTO, 2011,p 37.

relações capitalistas/trabalhadores; lançada ao exército industrial de reserva, através dos sistemas de seguro social.<sup>3</sup>

A partir no momento em que o Estado passa a intervir na relação capital/trabalho através da constituição das políticas sociais o serviço social se insere enquanto profissão se firmando no mercado de trabalho.

NETTO contextualiza que:

É somente na ordem societária comandada pelo monopólio que se gestam as condições histórico-sociais para que, na divisão social (e técnica) do trabalho, constitua-se um espaço em que se possam mover práticas profissionais como as do assistente social. A profissionalização do Serviço Social não se relaciona decisivamente à “evolução da ajuda”, à “racionalização da filantropia” nem à “organização da caridade”; vincula-se à dinâmica da ordem monopólica.<sup>4</sup>

Nas primeiras décadas do século XX ocorreu a consolidação, em meio ao contexto da organização e difusão do conjunto de inovações nos processos de produção e no trabalho, introduzidas pelo modelo fordista/taylorista.<sup>5</sup>

ANTUNES em relação a esse contexto salienta que:

De maneira sintética, podemos indicar que o binômio taylorismo/ fordismo, expressão dominante do sistema produtivo e de seu respectivo processo de trabalho, que vigorou na grande indústria, ao longo praticamente de todo século XX, sobretudo a partir da segunda década, baseava-se na produção em massa de mercadorias, que se estruturava a partir de uma produção mais homogeneizada e enormemente verticalizada.<sup>6</sup>

---

<sup>3</sup>NETTO, 2011, p. 31.

<sup>4</sup>NETTO, 2011, p. 73.

<sup>5</sup> “Uma linha rígida de produção articulava os diferentes trabalhos (...). Esse processo produtivo caracterizou-se, portanto, pela mescla da produção em série fordista com o cronômetro taylorista, além da vigência de uma separação nítida entre elaboração e execução. (...) Esse processo produtivo transformou a produção industrial capitalista, expandindo-se a princípio para toda a indústria automobilística dos EUA e depois para praticamente todo o processo industrial nos principais países capitalistas” (ANTUNES, 2002, p. 37).

<sup>6</sup> ANTUNES, 2002, p. 36.

O padrão fordista/taylorista além de representar a introdução de novas tecnologias e novas formas de organização do processo produtivo, significou, também, uma nova modalidade de controle social, constituindo uma nova política de gerenciamento do trabalhador no interior das indústrias, onde instituiu novas formas de reprodução da força de trabalho.

O Estado sempre desempenhou um importante papel no desenvolvimento das sociedades capitalistas, na era monopolista passou a incidir na organização e na dinâmica econômica de forma contínua sistemática, principalmente após a crise de 1930, quando as demandas que se apresentaram ao Estado impulsionaram a gestação da política keynesiana<sup>7</sup>.

Segundo NETTO:

Vale dizer: o Estado funcional ao capitalismo monopolista é, no nível das suas finalidades econômicas, o “comitê executivo” da burguesia monopolista – opera para propiciar o conjunto de condições necessárias à acumulação e à valorização do capital monopolista .<sup>8</sup>

A resistência dos trabalhadores organizados gerou conquistas significativas junto ao Estado interventor e ampliou o campo das negociações que instituiu as bases fundantes do acordo entre capital-trabalho-Estado que viria a se consolidar através do *Welfare State*.

O *Welfare State* se constituiu em:

---

<sup>7</sup> Na política keynesiana o “Estado, por sua vez, assumia uma variedade de obrigações. Na medida em que a produção de massa, que envolvia pesados investimentos em capital fixo, requeria condições de demanda relativamente estáveis para ser lucrativa, o Estado se esforçava por controlar ciclos econômicos com uma combinação apropriada de políticas fiscais e monetárias no período pós-guerra. Essas políticas eram dirigidas para as áreas de investimento público – em setores como o transporte, os equipamentos públicos etc. – vitais para o crescimento da produção e do consumo de massa e que também garantiam um emprego relativamente pleno. Os governos também buscavam fornecer um forte complemento ao salário social com gastos de seguridade social, assistência médica, educação, habitação etc. Além disso, o poder estatal era exercido direta ou indiretamente sobre os acordos salariais e os direitos dos trabalhadores na produção” (HARVEY, 1994, p.129).

<sup>8</sup> NETTO, 2011, p.22.

(...) uma forma de sociabilidade fundada no “compromisso” que implementava ganhos sociais e seguridade social para os trabalhadores dos países centrais, desde que a temática do socialismo fosse relegada a um futuro a perder de vista. Além disso, esse “compromisso” tinha como sustentação a enorme exploração do trabalho realizada nos países do chamado Terceiro Mundo, que estavam totalmente excluídos desse “compromisso” social-democrata).<sup>9</sup>

A instauração do modelo se deu nos países desenvolvidos dando-se de forma distinta, ocasionando diversos modelos de Welfare State mais com um único objetivo de realizar um pacto entre capital e trabalho. Visto que o bem estar social favorece para que o estado continue a executar suas atividades econômicas.

O Serviço Social se instituiu como profissão na Europa e nos Estados Unidos da América- EUA, no período compreendido entre o final do século XIX e começo do século XX a, partir desse momento as ações sociais e as escolas de Serviço Social se proliferaram por estes dois continentes, estendendo-se por toda a América Latina. O Serviço Social, tanto na Europa quanto nos EUA, desenvolveu-se sob uma perspectiva reacionária frente aos movimentos revolucionários que vieram à tona no início do século XX, a profissão aliou-se aos interesses capitalistas para desenvolver estratégias de controle social sobre a classe trabalhadora.

Nesse sentido ABREU ressalta que:

Este processo foi impulsionado pela criação das primeiras escolas de formação profissional para atuação no campo da assistência social nos EUA, em 1899; pela ação social desenvolvida pelas Sociedades de Organização da Caridade européias e americanas; pela ação e doutrina social da Igreja Católica; pelas primeiras escolas de Serviço Social na Europa – uma inaugurada na Inglaterra em 1903 e duas na França, sendo uma em 1911 e outra em 1913.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> ANTUNES, 2002. p. 38 e 39.

<sup>10</sup> ABREU, 2002.

A vertente norte-americana fundamentou-se em um pensamento conservador que priorizou a linha da Psicanálise, dando ênfase à “ajuda psicossocial individualizada”; enquanto a vertente europeia sustentou-se na orientação da Sociologia, com destaque na “ação social” (ABREU, 2002).

Apesar das diferenças teóricas, em ambas as vertentes, a profissão sofreu forte influência da doutrina católica consubstanciada na filosofia do neotomismo<sup>11</sup>, como fundamento da racionalização da assistência.

O processo de institucionalização do Serviço Social como profissão na Europa, foi inicialmente marcado pela prevalência de uma orientação filosófica neotomista. Nesta perspectiva, os profissionais, apropriaram-se de conceitos e concepções advindas de questões éticas que contribuíram para mistificar a consolidação da cultura dominante.

O Serviço Social no Brasil, como profissão reconhecida na divisão social e técnica do trabalho, deu-se em meio ao movimento das classes sociais, às mudanças ocorridas no Estado e à estratégia desenvolvida pela Igreja Católica. O indivíduo era tratado como raiz do problema e não o seu contexto social.

Os Assistentes Sociais seriam os profissionais que trabalhariam as Ações Sociais desenvolvidas pela Igreja e pelo Estado, tendo como objetivo principal o controle social da população pauperizada.

Para BACKX:

"Na perspectiva da historiografia profissional mais clássica, as origens da profissão foram remetidas, prioritariamente, à determinação da Igreja Católica em fazer avançar seu projeto de recristianização da sociedade, através da ampliação e modernização de seu tradicional papel na área da assistência. Essa vertente é inicialmente reconstituída pelos assistentes sociais diplomados pelas escolas fundadas sob o patrocínio da Igreja. Compreende-se, então, a reconstituição histórica da profissão permeada por vivências pessoais e profissionais desse grupo e com análise que não pudessem ultrapassar determinados limites, impostos por esse próprio contexto de produção".<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> “Neotomismo fundamenta-se nos princípios de dignidade da pessoa humana, do bem-comum, entre outros, hauridos em Santo Tomás, iluminaram a teoria e prática do assistente social, desde 1936 até 1960, da maneira predominante” AGUIAR (1985, p.39).

<sup>12</sup>BACKX, 1994, p.19.

Conforme IAMAMOTO et all a revisão da trajetória do Serviço Social no Brasil conduz a afirmar que:

"considerando o antagonismo da relação capital e trabalho, a tendência predominante, no que se refere à inserção da profissão na sociedade, vem sendo historicamente, o reforço dos mecanismos do poder econômico, político e ideológico, no sentido de subordinar a população trabalhadora às diretrizes das classes dominantes em contraposição à sua organização livre e independente. Tal subordinação é mediatizada pela integração da "clientela" aos aparatos institucionais através dos quais se exerce o controle social, tornando-se esse profissional assalariado um agente auxiliar a serviço da racionalização de serviços prestados por essas organizações e intermediário entre elas e a população".<sup>13</sup>

A crise de 1929 e o movimento de 1930 aguçaram as expressões da questão social frente às transformações sociais advindas das transformações capitalistas, progressivamente colocando as questões sociais no centro das contradições que atravessam a sociedade. Neste contexto se dá a implementação do Serviço Social no processo histórico, por iniciativa de grupos particulares manifestados por intermédio da Igreja Católica.

IAMAMOTO et all assevera que:

A crise do comércio internacional em 1929 e o movimento de outubro de 1930 representaram um marco importante na trajetória da sociedade brasileira. Aparecem como momentos centrais de um processo que leva a uma reorganização das esferas estatal e econômica, apresentando o deslocamento do centro motor da acumulação capitalista das atividades de agro - exportação para outras de realização interna.<sup>14</sup>

A década de 30 marcou-se por um período de aprofundamento do modelo corporativista do Estado e por uma política nitidamente favorável à

---

<sup>13</sup> IAMAMOTO; CARVALHO, 1991.

<sup>14</sup> IAMAMOTO, CARVALHO, 1991, p. 136.

industrialização. O Estado, por sua vez, procurou envolver a classe operária como um elemento adicional de sua legitimação, através de uma política de massas que, ao mesmo tempo, pudesse, também, reprimir os movimentos reivindicatórios que começavam a surgir.

Segundo IAMAMOTO:

Para garantir esta fonte de legitimação, o Estado tem necessariamente de incorporar parte das reivindicações populares, ampliando as bases de reconhecimento da cidadania social do proletariado, através de uma legislação social e sindical (...).Emergem, nesta fase, novas instituições, como o salário mínimo, a justiça do trabalho e uma nova legislação sindical etc.<sup>15</sup>

O Serviço Social limitava-se a uma atividade profundamente ligada à Igreja Católica, que desenvolvia ações em obras assistenciais de cunho filantrópico e assistencialista.

De acordo com AGUIAR:

É dentro da visão da Igreja (...) que surgem as primeiras Escolas de Serviço Social no Brasil. Como já observamos, a questão social – a luta contra a desigualdade social – é uma preocupação assumida pela Igreja dentro de uma luta contra o liberalismo e o comunismo. O problema social no começo do Séc. XX começa a ser assumido pelos católicos brasileiros, o que é feito pela ação da hierarquia e organização do laicato.<sup>16</sup>

Utilizava um componente técnico operativo fundamentado em instrumentos próprios das tradicionais formas de assistência, de cunho católico, individualizado e voltado para legitimar a ordem estabelecida.

Com o surgimento das grandes instituições assistenciais estatais e paraestatais ocorreu uma ampliação e uma modificação no mercado de trabalho do Serviço Social. Rompendo com o quadro estreito de atuação presente em sua origem para se tornar uma atividade institucionalizada e legitimada pelo Estado que passou a ser um dos principais incentivadores da qualificação

---

<sup>15</sup> IAMAMOTO, 2000, p. 92.

<sup>16</sup> AGUIAR, 1985.p.28.

técnica da profissão. Transformando o serviço social em categoria assalariada e o público-alvo do assistente social se alterou.

A autora YAZBEK descreve:

(...) o “Estado objetivando sua própria legitimação que o Estado brasileiro incorpora parte das reivindicações dos trabalhadores, pelo reconhecimento legal de sua cidadania através de leis sindicais, sociais e trabalhistas o que ao lado das grandes instituições assistenciais abre para o emergente SS brasileiro um mercado que amplia suas possibilidades de intervenção mais além dos trabalhos de ação social até então implementados no âmbito privado, sob o patrocínio do bloco católico.”<sup>17</sup>

Entre os anos de 1930 e 1940 ocorreu uma importação da produção profissional norte-americana prevalecendo às abordagens individualistas e quantitativas, a hipervalorização da personalidade e da relação interpessoal, dando-se ênfase a resolução dos problemas sociais no âmbito pessoal, individual.

As ações de intervenção do Serviço Social eram trabalhadas sobre a ótica dos três métodos clássicos, que são: Serviço Social de Casos, Serviço Social de Grupo e Serviço Social de Comunidade.

O Serviço Social de Caso utilizava a abordagem individual como instrumento de identificação de situações-sociais problemas comum à população, para planejamento posterior de atividades grupais e programas específicos.

O Serviço Social de Casos caracteriza-se pelo objetivo de fornecer serviços básicos práticos e de aconselhamento, de tal modo que seja desenvolvida a capacidade psicológica do cliente e seja levado a utilizar-se dos serviços existentes para atender a seus problemas.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> YAZBEK, 2009, p.132.

<sup>18</sup> HAMILTON, 1958, p.38

Nesse período, também era realizada a abordagem grupal, onde o processo de “ajuda psicossocial individualizada” pautava-se na convicção de que todo homem possui capacidade para progredir e meios para alcançar sua própria promoção social.

O Serviço Social de Comunidade possui alguns objetivos semelhantes aos demais processos, tais como, o ajustamento social do indivíduo e a adaptação do mesmo na sociedade, ao mesmo tempo em que realizava um trabalho assistencial, orientado por princípios moralistas e religiosos, junto à população carente.

As experiências de Desenvolvimento de Comunidade que foram implementadas no Brasil assim como em demais países da América Latina, a partir da década de 1950, possuíam a participação popular nos programas de governo como eixo central nos processos de integração e promoção social. Esta política envolvia os sujeitos responsabilizando-os pela conquista de uma possível situação de “bem-estar social”.

Nesse sentido ABREU afirma que:

Esta ideologia, ao mesmo tempo em que destaca a participação do próprio povo nos esforços para melhorar seu nível de vida e o apoio técnico governamental para tornar eficazes os programas de ajuda mútua, como ingredientes básicos do DC, oferece sustentação para o entendimento de que estes mesmos elementos constituem-se componentes do processo pedagógico de organização e desenvolvimento locais, em que DC é um importante instrumento desse processo.<sup>19</sup>

O ideário destes grupos cresceu e transformou-se em um amplo movimento que repercutiu na categoria profissional latino americana culminando num processo denominado Movimento de Reconceituação.

Conforme SILVA (2002), o Movimento de Reconceituação do Serviço Social no Brasil pode ser identificado em dois planos ou níveis de reflexão. O primeiro focaliza um sentido estrito da Reconceituação, podendo ser caracterizado como um movimento específico, contextualizado num momento histórico. O segundo plano percebe-se, o Movimento de Reconceituação num

---

<sup>19</sup> ABREU, 2002, p.110.

sentido amplo, sendo um processo permanente de construção de proposta profissional em respostas às exigências do processo social.

Segundo IAMAMOTO :

"A ruptura com a herança conservadora expressa-se como uma procura, uma luta por alcançar novas bases de legitimidade da ação profissional do Assistente Social, que reconhecendo as contradições sociais presentes nas condições do exercício profissional, busca colocar-se, objetivamente, a serviço dos interesses dos usuários, isto é, dos setores dominados da sociedade. Não se reduz a um movimento interno da profissão. Faz parte de um movimento social mais geral, determinado pelo confronto e a relação de forças entre as classes fundamentais da sociedade, o que não exclui a responsabilidade da categoria pelo rumo dado às suas atividades e pela forma de conduzi-las."<sup>20</sup>

Este processo suscitou amplas reflexões em meio à categoria profissional, no nosso país, que se desenvolveram em três principais direções que constituíram o processo de Renovação do Serviço Social no Brasil.

O período entre os anos de 1969 a 1974 foi considerado rígido, sendo o instaurado o período da ditadura militar, marcado profundamente pela repressão aos setores populares organizados. Onde o assistente social busca a eficiência e a modernização de suas ações.

Salienta NETTO que:

O Movimento de Reconceituação, com a implantação do regime Militar no Brasil, não tinha meios de evoluir qualitativamente, uma vez que, todas as manifestações e críticas de caráter social, político e econômico estavam proibidas, restando apenas os questionamentos internos, inerentes à realidade da profissão.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> IAMAMOTO, 1997,p.37.

<sup>21</sup> NETTO, 1991, p.177.

O espaço de atuação profissional dos assistentes sociais nesse período foi o de execução das políticas sociais em expansão, onde a função era eliminar a resistência cultural às inovações, sendo obstáculos para crescimento econômico, integrar as populações aos programas de desenvolvimento. A intervenção na área social era controlada pelo Estado, onde se verifica que a relação capital-trabalho era profundamente vigiada, para que se pudesse reprimir qualquer tipo de ação e transformação das classes populares.

Conforme LIMA:

"O quadro conjuntural da sociedade brasileira no regime militar, e a tendência assumida pela política social, no bojo dessa conjuntura, colocam para a prática do Serviço Social, no Brasil, num primeiro momento, uma tendência modernizadora que buscava o avanço técnico da profissão com vistas a assumir, com eficiência, uma ação profissional moderna. Essa tendência é apontada por vários autores como o momento inicial do Movimento de Reconceituação do Serviço Social no Brasil".<sup>22</sup>

Os três direcionamentos construídos por grupos de assistentes sociais, no Brasil, registram três momentos que condensam suas reflexões teóricas: na segunda metade dos anos de 1960 desenvolveu-se a perspectiva modernizadora; em meados da década de 1970 registra-se a reatualização do conservadorismo<sup>23</sup> que se contrapôs aos padrões vinculados à tradição positivista e às referências do pensamento marxista; na abertura dos anos de 1980 encontram-se sistematizações da intenção de ruptura com o Serviço Social tradicional.

O método BH desenvolveu a partir de um grupo de jovens profissionais da escola de serviço social da Universidade Católica de Minas Gerais, onde elaboraram uma crítica teórico-prática ao tradicionalismo profissional e propõem

---

<sup>22</sup> LIMA, 1982,p.131.

<sup>23</sup> A perspectiva denominada reatualização do conservadorismo começou a apresentar algumas formulações nos seminários realizados no Rio de Janeiro - no Centro de Estudos do Sumaré, em 1978 e no Alto da Boa Vista, em 1984. Esta vertente revelou um elenco de traços que conferiram às concepções conservadoras do Serviço Social uma nova roupagem (NETTO, 2002).

em seu lugar uma alternativa global visando romper com o tradicionalismo com o plano teórico-metodológico.

De acordo com NETTO:

A emergência visivelmente objetivada desta perspectiva renovadora está contida no trabalho levado a cabo, mais notadamente entre 1972 e 1975, pelo grupo de jovens profissionais que ganhou hegemonia na Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais, onde se formulou o depois célebre “Método Belo Horizonte”.<sup>24</sup>

A partir do ano de 1980 emergiu a relação do Serviço Social com a corrente marxista<sup>25</sup>, estabelecendo assim uma relação entre a profissão e a linha marxista, contribuindo para a formação do Projeto de Ruptura Profissional do Serviço Social buscado o rompimento e a superação com esses conceitos conservadores.

SILVA Contextualiza que:

Portanto, o que se verifica é que o Projeto Profissional de Ruptura do Serviço Social caracteriza-se por um esforço de superação desse antagonismo genético, procurando romper com a tradição cultural conservadora, na busca de uma aproximação orgânica do Serviço Social com o marxismo, para a construção de um Projeto Profissional com outro sentido político, no âmbito da perspectiva histórica da transformação social, e fundado em novas bases analíticas.<sup>26</sup>

O projeto ético-político marca um momento importante para o serviço social que consolidou sua hegemonia nos anos de 1990 deparou-se com os desafios colocados pelo antagônico projeto societário pautado na ofensiva neoliberal que se tornou hegemônico em nosso país na mesma década.

---

<sup>24</sup> NETTO, 2002, p. 261.

<sup>25</sup> A corrente marxista procura analisar a sociedade na sua totalidade, ou seja, analisa a maneira que o homem se relaciona nela. A principal teoria de Marx é entender os fatos a partir de como a sociedade se transforma. (IAMAMOTO, 2001)

<sup>26</sup> SILVA, 2002.

A dimensão política do projeto é claramente enunciada: ele se posiciona a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e a consolidação da cidadania são explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. Correspondentemente, o projeto se declara radicalmente democrático – considerada a democratização como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida<sup>27</sup>.

Com os avanços da profissão Os assistentes sociais passaram a realizar investigações sobre as condições de vida das famílias operárias através de visitas domiciliares e inquéritos sociais; e orientar sobre questões morais, de higiene e de utilização racional da renda familiar. Buscando conhecimento da realidade social para assim compreender o usuário.

## **1.2 A contextualização da Política de Saúde no Brasil.**

A saúde no Brasil surgiu atrelada a um contexto histórico pautado na filantropia, com a ausência da participação do Estado nos processos de atendimento. O avanço decorrente ao longo dos períodos é fruto de amplo movimento da sociedade civil pela democratização da esfera pública de decisão, que se consubstancia em garantias constitucionais legitimadoras dos direitos sociais da população, para que a saúde venha a se tornar um direito da sociedade como um todo.

BRAVO salienta que:

No Brasil, a intervenção estatal só vai ocorrer no Século XX, mais efetivamente na década de 30. No século XVIII, a Assis tência médica era pautada na filantropia e na prática

---

<sup>27</sup> A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea. Capacitação em Serviço Social e Política Social – Módulo I: *Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social*. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/ UNB, 1999a

liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 30.<sup>28</sup>

A saúde pública, na década de 1920, adquire novo relevo no discurso do poder, com a tentativa de extensão dos seus serviços por todo país. A Reforma Carlos Chagas em 1923 tenta ampliar o atendimento a saúde, sendo uma das estratégias em decorrência de uma crise política em 1922.

Neste período, também foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante à criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves.

BRAVO contextualiza :

As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.<sup>29</sup>

Neste sentido, LUZ (1991), assevera que a instituição das CAPs favoreceu as camadas de trabalhadores urbanos mais aguerridos em seus

---

<sup>28</sup> BRAVO, 2008, p.2 .

<sup>29</sup> BRAVO, 2008, p.3

sindicatos e mais fundamentais para a economia agroexportadora até então dominante, em especial os ferroviários, responsáveis pela exportação de café. Ainda neste momento histórico, Getúlio Vargas tornou-se o novo Presidente do Brasil se concretizando lentamente o chamado “Estado Novo”, sendo presenciadas mudanças na vida da classe trabalhadora. Conforme Couto (2004) é no período de 1930 que os direitos sociais no Brasil tomaram forma para uma possível inversão de trajetória e os direitos sociais sejam os primeiros a serem efetivados.

Sendo assim no ano de 1933 Vargas cria o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPS), sobrepondo as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), sendo sua natureza pública e não privada.

Segundo COHN et al:

Durante o período de 1933 a 1938, as CAPs são unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que vão sendo sucessivamente criados, agora congregando os trabalhadores por categorias profissionais. Em 1933 é criado o IAPM (dos marítimos), em 1934 o IAPC (dos comerciários) e o IAPB (dos bancários), em 1936 o IAPI (dos industriários), que começou a funcionar somente em 1938, e nesse ano o IAPETC (dos trabalhadores em transporte e cargas) .<sup>30</sup>

Alterações ocorreram na sociedade brasileira a partir da década de 1930 tendo como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores.

Nesse período, a política de saúde era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública predominante até os anos de 60 e centralizado na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restrita, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966.

---

<sup>30</sup> COHN, ELIAS, 1996

De acordo com BRAVO:

A medicina previdenciária, que surgiu na década de 30, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla.<sup>31</sup>

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

1 Ênfase nas campanhas sanitárias; 2 Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; 3 Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; 4 Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana); 5 Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.<sup>32</sup>

A Política Nacional de Saúde foi consolidada no período de 1945-1950, sendo criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) durante a 2ª Guerra Mundial. A situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral.

BRAVO contextualiza que:

---

<sup>31</sup>BRAVO, 2008, p.5.

<sup>32</sup> BRAGA, PAULA , 1986, p.53-55.

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller. No final dos anos 40, com o Plano Salte, de 1948, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia: a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 53, mas não foi implementado.<sup>33</sup>

O Estado no período 64/74 utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, como também servir de mecanismo de acumulação do capital.

De acordo com ANDRADE ET ALL:

A partir do golpe militar de 1964, mudou-se a concepção de vários setores administrativos que compõem o Estado. Viveu-se no país o período da ditadura militar, marcado por atos institucionais e por outros decretos presidenciais de cunho arbitrário, que alteraram a Constituição no que diz respeito a direitos de cidadania, informação, organização social e política.<sup>34</sup>

A unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs em 1966, se deu atendendo ao crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores.

Segundo OLIVEIRA foi implantado no país, nessa conjuntura, o modelo de privilegiamento do produtor privado com as seguintes características:

---

<sup>33</sup> BRAVO, 2008, p.5

<sup>34</sup> ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001.

1 Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 73, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos; 2 Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; 3 Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos; 4 Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços; 5 Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica.<sup>35</sup>

No período de 1974 a 1979 a política social, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, com o alvo de minimizar as reivindicações e pressões populares. A ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatais e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário resultou em um período de tensão para a política nacional de saúde resultou em um período de tensão na política nacional de saúde cuja ênfase caracterizada pela participação da Previdência Social através de comando do setor privado não conseguiu ser revertida.

Neste contexto de mudanças, BRAVO salienta que:

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram

---

<sup>35</sup> OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986, p.207.

reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde<sup>36</sup>

Frente a estas transformações e crises, considera-se que existiu no Brasil, nos anos oitenta, em conexão com a dinâmica sócio-política e econômica internacional, dois grandes projetos societários antagônicos: o da sociedade articulada sobre uma democracia restrita que diminui os direitos sociais e políticos e o de uma sociedade fundada na democracia de massas com ampla participação social conjugando as instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organização de base salientando-se os sindicatos, as comissões de fábrica, as organizações profissionais e de bairros, os movimentos sociais urbanos e rurais NETTO (1990).

Tais projetos societários repercutiram em diversas áreas das políticas sociais, onde se destacam na saúde o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista.

A 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde que ocorreu no ano de 1986 foi um marco na história da saúde pública brasileira, além de ter um peso enorme no processo de construção do SUS, foi a primeira vez que houve a participação popular em conferências, eram pessoas impulsionadas pelo Movimento da Reforma Sanitária com objetivo de criar um sistema que se direcionasse para uma cobertura universal dos serviços de saúde independente de contribuição, nesse sentido destacamos a citação de BRAVO:

A 8<sup>a</sup> CNS representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação da população [...] A questão da Saúde

---

<sup>36</sup> BRAVO, 2008, p.8.

ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o SUS, mas a Reforma Sanitária.<sup>37</sup>

O projeto de Reforma Sanitária construído na década de 80, foi criado com a idealização de estratégias do SUS, que teve pautada como uma de suas funções a inserção dos usuários na política de saúde e perspectiva de uma democracia justa. O projeto de Reforma Sanitária propôs uma relação diferenciada entre o Estado e a sociedade, sendo criados mecanismos como os Conselhos e Conferências de Saúde, que não possuem em sua função governar, mais têm como características o controle, monitoramento, fiscalização dos gastos públicos da saúde.

De acordo com BRAVO:

Tem como preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde.<sup>38</sup>

Torna-se perceptível que o Projeto de Reforma Sanitária em consonância com os valores pautados na concepção de Seguridade Social, está se tornando precário ou desfalcado, isso se resume as novas formas individualistas que surgem no mercado.

A Criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, onde a saúde passou a se inserir em um modelo de proteção social, primeiramente como um direito, em seguida se estendendo para ações e serviços de saúde voltados para a prevenção de doenças, ao controle de riscos e a promoção da saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da Seguridade Social<sup>39</sup> e uma das proposições do

---

<sup>37</sup> BRAVO, 1996, p. 96

<sup>38</sup> BRAVO, MATOS.

<sup>39</sup> Seguridade social: A concepção de Seguridade Social representa um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988, no que se refere à proteção social e no atendimento às históricas reivindicações da classe trabalhadora. Está inserida no capítulo "Da Ordem Social" e é composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Parâmetros Para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília-2010, CFESS, pag.17.

Projeto de Reforma Sanitária, sendo regulamentado, em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Pode-se compreender o SUS como uma estratégia, tendo o Projeto de Reforma Sanitária, como o Estado responsável pelas políticas sociais, incluindo-se a saúde como uma de suas responsabilidades.

Na Constituição Federal na lei N º8.080, precisamente no Art. 5 º ficam expressos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campo econômico e social, a observância do disposto no 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

O Estado atual pode ser distinguido em quatro setores: o núcleo estratégico composto pelo legislativo, judiciário, presidência e cúpula dos ministérios, considerando como atividades exclusivas do Estado, com ações de fiscalização, regular, sendo serviços sociais e científicos não privatizados, mas que também não podem ser executados pelo Estado precisa ser transformado em Organizações Públicas Não estatais (OPNES), ou organizações sociais (OS) que são empresas que não cumprem papel estratégico lodo sendo privatizados.

No Brasil, o neoliberalismo foi introduzido associado ao discurso da necessidade de modernização do país, que se iniciou na eleição do presidente Fernando Collor de Mello, que tinha por propostas derrotar a inflação que atingia o país. De acordo com Soares (2001), as propostas de retirada do Estado se espalharam pelas áreas sociais, como saúde e educação, nas quais a superioridade do setor privado foi apregoada. Os resultados são verificáveis não pelo excesso do Estado, mas pela privatização interna. Isto porque o neoliberalismo opõe-se radicalmente à universalidade, a igualdade e gratuidade dos serviços sociais LAURELL( 2002).

SOARES (2001, p.248), ao analisar o governo Collor, no que tangencia a política de saúde, considera propostas implementadas por este presidente, se

distancia da concepção inscrita na Constituição Federal representando um enorme retrocesso na realidade brasileira.

A saúde respectivamente teve vários avanços ao decorrer dos tempos, sendo o SUS considerado o melhor plano de saúde, mais com a ofensiva neoliberal nota-se que esse sistema tornou-se terceirizado por diversas empresas privadas.

De acordo com BRAVO:

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação.<sup>40</sup>

Na interpretação de LAURELL (2002), o projeto neoliberal seria, na realidade, a imposição de um novo padrão de acumulação e expansão capitalista que pressupõe, dentre diversos fatores, o enfraquecimento das instituições públicas para estender os investimentos privados às atividades econômicas rentáveis.

Percebe-se que o Estado faz com que o usuário que se encontra em grande lista de espera para consultas, exames, medicamentos, encontre soluções para pagamento destes serviços, em relação ao agravamento de tal situação em que se encontra seu quadro clínico fazendo assim a opção por tal financiamento, considerando que o Estado torna-se livre do financiamento das respectivas funções em relação ao usuário. De acordo com BRAVO ET ALL

O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. [...] A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos.<sup>41</sup>

---

<sup>40</sup> BRAVO. 2008, p.14.

<sup>41</sup> BRAVO, 2001, p. 100 apud BRESSER PEREIRA, 1995.

Essa precária intervenção do Estado contribui para um retrocesso no que se refere aos avanços constitucionais que foram adquiridos pelo movimento da classe trabalhadora.

MONTAÑO afirma que:

A precária intervenção do Estado, a refilantropização da questão social e a remercantilização dos serviços sociais consolidam-se em três modalidades de serviços: O privado - mercantil de boa qualidade; o estatal - gratuito precário; e, o filantrópico - voluntário geralmente de qualidade duvidosa. A estas três modalidades de serviços correspondem respectivamente, três categorias de cidadãos: os integrados consumidores, os excluídos usuários e os excluídos assistidos. Sendo assim, as elites e a classe média passam a contar com serviços sociais privados de qualidade e os pobres com atendimento público de duvidosa qualidade.<sup>42</sup>

O Conselho e Conferências de Saúde são mecanismos criados para propor uma relação diferenciada entre Estado e Sociedade, constituindo uma inovação fundamental na política de saúde. O Conselho Municipal de Saúde tem importância eficaz no município, sendo sua ação pautada na fiscalização dos gastos financeiros, atendimentos e demais funções que compete aos órgãos de saúde de acordo com § 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Essas ações são pautadas em um seguimento de controle social, é considerada por RAICHELIS, como um dos elementos constitutivos da estratégia política da esfera pública.

Ele implica o acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, que devem viabilizar a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados.<sup>43</sup>

---

<sup>42</sup>MONTAÑO, 2003.

<sup>43</sup> RAICHELIS, 1998, p. 9.

Assim, em 1995, o presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) assume o poder. De acordo com BRAVO et al, em 1995 é eleito o ministro da Fazenda do governo de Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso (FHC), eleito sob a ênfase do aparente êxito do plano real, apresentando um conjunto de propostas.

A reforma do Estado atingiu o setor da saúde notadamente no terceiro núcleo, incluídos aí os serviços da saúde. O documento do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado Nº 13, de 1998, em especial o artigo de Bresser Pereira, apresenta uma proposta de reforma para o setor saúde, dirigida para a assistência ambulatorial e hospitalar, afirmada no documento como uma das partes fundamentais e mais caras do SUS. São propostas três ações:

- 1<sup>a</sup>) Uma divisão de poder , definindo as atribuições e o poder de decisão das três esferas de governo, mantendo os estados atuais: centralizado, descentralização incipiente, descentralização parcial e descentralização semiplena.
- 2<sup>a</sup>) A montagem de um sistema integrado, hierarquizado e regionalizado, composto por dois subsistemas. O primeiro momento com a entrada de postos de saúde, Programa Saúde na Família (PSF), responsável pela integridade das ações de encaminhamento para casos mais complexos.
- 3<sup>a</sup>) A montagem de um sistema de informações em saúde, que é gerenciado pelo SUS, através do DATASUS<sup>44</sup> , que irá controlar despesas e avaliará a qualidade, irá gerar indicadores para a vigilância epidemiológica e medir os resultados obtidos.

A partir do novo século com a eleição de Luís Inácio Lula da Silva, em 2002, havia a expectativa de construção de um Brasil novo, com redução das desigualdades sociais por meio de uma política econômica com redistribuição de renda e geração de empregos, com uma perspectiva universalizada.

A expectativa que se colocava para o governo Lula era a de fortalecer o SUS constitucional. Entretanto, no debate interno ocorrido no governo entre os universalistas e os focalistas, esses últimos estão sendo cada vez mais fortalecidos. A defesa da primazia do Estado na saúde para o atendimento dos segmentos mais pobres da população

---

<sup>44</sup> DATASUS: Departamento de Informática do SUS DATASUS. A partir de 2011 o DATASUS passa a integrar a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, conforme Decreto Nº 7.530 de 21 de julho de 2011 que trata da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde. (Portalsaude.saude.gov.br)

ganha cada vez mais eco e com a pressão do desfinanciamento, a perspectiva universalista está cada dia mais longe de ser atingida. A grande questão é a segmentação do sistema, com ênfase nas ações privadas que passam de complementares para essenciais.<sup>45</sup>

A análise que pode ser feita do governo Lula é que a política macroeconômica do antigo governo foi mantida e as políticas sociais estão fragmentadas e subordinadas à lógica econômica, onde a concepção de seguridade social não foi valorizada, mantendo a segmentação das três políticas: saúde, assistência social e previdência social.

Os avanços na política de saúde são decorrentes do processo sócio histórico, ocorridos no país ao longo dos anos, visto que as mudanças favoreceram a classe trabalhadora, porém pode ser observado que essas conquistas se inserem em uma concepção de Leis que tomam seguimentos contraditórios, onde as políticas sociais tem como premissa a efetivação dos direitos, mas o Estado atua de forma a alienar seus usuários e os tornam altamente subordinados a um sistema sórdido.

### **1.3 A inserção do Assistente Social na Política de Saúde e suas particularidades no SUS.**

O trabalho dos assistentes sociais na contemporaneidade vem passando por alterações no cotidiano da sua prática, através de ações transformadoras com caráter dialético e tem se pautado na dinâmica societária se desenvolvendo a cada dia e se tornando uma prática necessária para a promoção e atenção à saúde. Sua intervenção tem se ampliado e se consolidado diante da concepção de que o processo de construção da saúde é determinado socialmente, e reforçado pelo conceito de saúde que passa a considerar o atendimento das demandas do setor sob o enfoque relevante das condições sociais. Assim, entendemos que a saúde é construída a partir de necessidades históricas e socialmente determinada de que o assistente social a defende como direito de todo cidadão e dever do Estado, propondo-se a contribuir para essa garantia

---

<sup>45</sup> Parâmetros Para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.Série:Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais.Brasília-2010, CFESS,pag.22.

através do fortalecimento dos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Na atual conjuntura os assistentes sociais têm enfrentado muitos desafios para a ampliação dos direitos sociais em contraponto com o projeto neoliberal tem favorecido impactos significativos para a área da saúde desvirtuando os princípios da Lei Orgânica da Saúde (LOS) instituídos pela Constituição Federal de 1988.

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados para amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida.<sup>46</sup>

As atribuições e competências do assistente social no campo da saúde são geridas por Conselhos Municipais e Estaduais e pelo Conselho Federal de Serviço Social além do Ministério da Saúde pela resolução nº 218, de 6/3/1997;

[...] Conselho Nacional de Saúde, que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde, além da Resolução CFESS nº 383, de 29/03/1999, que caracteriza o assistente social como profissional de saúde.<sup>47</sup>

O início da década de 1990 trouxe alguns avanços significativos para o Serviço Social no aspecto institucional, com a promulgação do novo Código de Ética e com a Lei de Regulamentação da Profissão e através da Resolução nº

---

<sup>46</sup> CFESS. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Grupo de trabalho Serviço Social na Saúde. – Brasília: CFESS, 2009. 42p. (Publicação: Conselho Federal de Serviço Social- CFESS  
CFESS. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Grupo de trabalho Serviço Social na Saúde. – Brasília: CFESS, 2009. 42p. (Publicação: Conselho Federal de Serviço Social- CFESS<sup>47</sup>

38 do Conselho Nacional de Saúde<sup>48</sup> que reconhece o Serviço Social como profissão atuante na área da saúde.

Mesmo diante dos avanços, o cenário político econômico da década está pautado no projeto neoliberal instituído no país, o qual confronta com as idéias do projeto profissional hegemônico do Serviço Social e com o projeto da Reforma Sanitária. O projeto Privatista e o da Reforma Sanitária são identificados na área da saúde, trazendo implicações ao Serviço Social.

Segundo MATOS :

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social: seleção sócio-econômica dos usuários, com vistas à exclusão e não à inclusão; atuação psicossocial através de aconselhamento; ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde; assistencialismo, através da ideologia do favor; predomínio de práticas individuais; atividades burocráticas e gerenciamento das unidades na direção da redução dos gastos; “Inovações gerenciais” articuladas às técnicas de auto-ajuda, que objetivam a redução da oferta de serviços e benefícios públicos. [...] O projeto de reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: Construção de um novo modelo de gestão; articulação ensino-pesquisa-assistência; busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; atendimento humanizado; estratégias de interação da instituição de saúde com a comunidade; interdisciplinaridade; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã.<sup>49</sup>

Nos anos de 1990 o debate exposto pela profissão quanto à temática da saúde vem trazendo uma perspectiva de mudança na postura de trabalho dos assistentes sociais na área da saúde, assumindo um caráter ético-político, buscando o aprofundamento teórico em relação às expressões da questão da

---

<sup>48</sup> A Resolução CNS nº 38 de 4 de fevereiro de 1993, considerando a importância dos profissionais Biólogos, Médicos Veterinários e *Assistentes Sociais* nos serviços da área da saúde, considera que estas profissões, em suas normas legais, estão inseridas no campo da saúde.

<sup>49</sup> MATOS, 2000, p.65.

saúde, onde as práticas profissionais passam a ter caráter ampliado, buscando articulação junto às políticas públicas.

Segundo SOUZA et al:

Assim, pensar em construir novas competências supõe pensar em redefinir a profissão de Serviço Social, em sua utilidade social, mas ao mesmo tempo ressignificar sua dinâmica cotidiana, imprimindo nela novos sentidos que lhe tragam não só um reconhecimento dessa utilidade, mas um sentido humanitário, voltado para a dimensão coletiva, que é, em última instância, o espaço do ser, e para o qual direcionamos nossas objetivações éticas. Não podemos voltar nossos esforços para a construção de práticas isoladas e particularistas, mas sim, de uma prática com sentido humano-genérico, universal.<sup>50</sup>

O direito à saúde de forma universal e integral se consolidou nos princípios e diretrizes do SUS pautada na comunicação sistemática por parte dos profissionais envolvidos, e uma visão global no que diz respeito às ações e serviços para atendimento às demandas.

Contudo:

O Serviço Social se insere, portanto, na equipe de saúde como o profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção da saúde, bem como das causalidades das formas de adoecer, intervindo, neste sentido, em todos os níveis nos programas de saúde. O Assistente Social, como profissional da saúde, tem como competência intervir junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos, que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços no Setor, que seja a nível de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde.<sup>51</sup>

A profissão de Serviço Social está pautada no cumprimento da Lei de Regulamentação e do Código de Ética da profissão estando à qualidade dos

---

<sup>50</sup> SOUZA; AZEVEDO, 2004, p.57.

<sup>51</sup> CONSELHO FEDERAL DE ASSISTENTES SOCIAIS. Intervenção profissional do assistente social no campo da saúde. Brasília, 1990.

serviços prestados pautado na sua qualidade técnica e política, traçando um grande desafio para os profissionais no que diz respeito ao rompimento com o conservadorismo que predomina nas relações de trabalho.

De acordo com NETTO:

Pondo como valor central a liberdade, fundada numa ontologia ao ser social assentada no trabalho, toma como princípios fundamentais a democracia e o pluralismo e, posicionando-se em favor da equidade e da justiça social, opta por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero.<sup>52</sup>

Na questão de saúde o assistente social possui a capacidade de captar o contexto social, cabe ao profissional contextualizar a situação em que o usuário se encontra, ampliando o direito a saúde, mediados pelo direito ao saneamento, condições de trabalho, educação onde todos estes são direitos que devem ser assegurados pelo Estado VASCONCELOS, (2002).

Considerando os espaços profissionais MOTA et all, elencam algumas tarefas postas para o Serviço Social:

Identificar o conjunto de necessidades (políticas, materiais, culturais e sociais) do capital e do trabalho; Reconhecer as novas modalidades de produção e reprodução da força de trabalho; Considerar que este processo altera o mercado e as condições do trabalho profissional; Identificar nas características do mercado de trabalho profissional as necessidades subjacentes às novas demandas<sup>53</sup>

Na área da saúde verifica-se atualmente as dificuldades dos profissionais de Serviço Social frente ao atendimento integral aos direitos sociais, mesmo com todo o planejamento, na prática deparam-se com a tendência do Estado em se

---

<sup>52</sup>NETTO, 1996, p.117.

<sup>53</sup> MOTA; AMARAL, 2000, p.26.

eximir de suas ações para viabilização dos direitos. Neste sentido o atendimento em saúde passa a ter caráter meramente curativo em detrimento das ações básicas e preventivas e de cunho educativo, marcando um retrocesso na história com relação ao atendimento que também reflete as fragilidades do SUS no que diz respeito às propostas e implementações, dando ênfase há extrema necessidade de mudança no comportamento social e político do Estado.

A autora VASCONCELOS ressalta que:

Um dos grandes conflitos enfrentados pelos assistentes sociais é trabalhar demandas, pleitos, exigências imediatas – a dor, o sofrimento, a falta de tudo, a iminência da morte, da perda do outro, enfim, a falta de condições de trabalho, as condições de vida e o estilo – sem perder a perspectiva de médio e longo prazo.<sup>54</sup>

O Assistente Social de modo geral, procura colocar em suas ações seu caráter profissional de forma crítica, através da incidência dos fundamentos teóricos explicativos, numa perspectiva ampla, em função de tratar o conceito de saúde sempre na totalidade dos aspectos que envolvem o usuário.

A realização da visita domiciliar é uma prática do Serviço Social nas instituições relacionadas ao acompanhamento dos usuários, verificando através destas visitas a situação familiar, sendo que atuação profissional contribui para o enfrentamento das situações de vulnerabilidade e risco social.

MIOTO afirma que:

As visitas domiciliares se caracterizam como sendo a realização de entrevistas (individuais ou conjuntos) e observação na residência dos sujeitos envolvidos. Têm como objetivo conhecer as condições (residência, bairro) em que vivem tais sujeitos e apreender aspectos do cotidiano das suas relações, aspectos esses que geralmente escapam às entrevistas de gabinete. Desde que possível, as visitas domiciliares devem ser agendadas com antecedência.<sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> VASCONCELOS, 2002, p. 21.

<sup>55</sup> MIOTO, 2001, p. 145-158.

Frente as correlação de forças econômicas e políticas presentes na sociedade, os assistentes sociais em seus espaços de intervenção são norteados pelo Projeto Ético- Político Profissional que os direciona para uma ação profissional competente e qualificada.

VASCONCELOS salienta que:

Desse modo, chegamos à conclusão de que se a qualidade do trabalho é fruto de uma complexidade de fatores que têm seu fundamento na sociedade capitalista, isto não justifica o papel que cada segmento da categoria vem tendo nesse processo – unidades de formação/debate teórico, órgãos de representação da categoria e assistentes sociais. Como componentes das bases materiais de reprodução deste quadro, ainda que subjugados neste processo, gozamos de uma relativa autonomia na sua condução, autonomia que só pode ser exercitada a partir da construção e exercício de uma competência teórica, ética, política e técnica de todos esses segmentos, mediando debate teórico e trabalho profissional.<sup>56</sup>

A proposta do SUS veio ancorada numa concepção ampliada de saúde e hoje se discute que as ações profissionais se viabilizam especialmente através do marco conceitual da promoção da saúde e de pautas programáticas expressas pelo Ministério da Saúde (2006), dentre as quais se destacam:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes

---

<sup>56</sup> VASCONCELOS, 2002.

cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; • Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; • Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; • Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; • Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

A prática profissional em qualquer campo é permeada por problemas diversos que tornam o seu debate um verdadeiro desafio para aqueles que se propõem a realizá-lo, o Serviço Social tem um conhecimento acumulado que o habilita concretizar as ações demandadas na perspectiva da promoção à saúde.

Nesse contexto, IAMAMOTO contextualiza que:

Em suas múltiplas relações com a esfera da produção/reprodução da vida social, com as instâncias de poder e com as representações culturais – científicas e ético-políticas – que influenciaram e incidiram nas sistematizações da prática e ações profissionais, ao longo do tempo.<sup>57</sup>

O assistente social deve ser detentor de um conhecimento teórico para que aliado com a prática se torne um profissional qualificado, criativo e propositivo para assim poder viabilizar ações qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários.

Frente a esse argumento IAMAMOTO ressalta que:

É necessário romper com uma visão endógena, focalista. Uma visão 'de dentro' do serviço social prisioneira em seus muros internos. Alargar os horizontes, olhar para mais longe, para o movimento das classes sociais e do Estado em suas relações com a sociedade [...] é importante sair da redoma de vidro que aprisiona os assistentes sociais numa visão de dentro e para dentro do serviço social, como pré-

---

<sup>57</sup> IAMAMOTO, 1999, p. 112-128.

condição para que se possa captar as novas mediações e requalificar o fazer profissional, identificando suas particularidades e descobrir alternativas de ação.<sup>58</sup>

Segundo BRAVO et al (2000) o início da profissão de Serviço Social no Brasil marcou-se nas décadas de 1930 a 1945, onde se manifestava um serviço social caridoso, inspirado na doutrina social da Igreja Católica e nas suas encíclicas, bem como numa forte influência europeia.

Devido ao momento de desenvolvimento capitalista industrial e expansão urbana em que o país vivia, as práticas profissionais dos assistentes sociais eram votadas para a área trabalhista por tanto a área da saúde não era tão visada pelos assistentes sociais, suas práticas eram pautadas em atividades e obras de caráter social.

O período de 1964 a 1979 foi marcado pela reatualização do serviço social, com uma perspectiva modernizadora frente às práticas da profissão e novas propostas de saúde, o período marcou o movimento pela reforma sanitária reivindicando um sistema de saúde universal e igualitário de caráter mais preventivo ao invés de ser apenas curativo.

Nesse sentido IAMAMOTO et al enfatiza que:

Esse processo de revisão da profissão é uma exigência da realidade, uma vez que, para atender as demandas, torna-se indispensável a adoção de padrões e técnicas modernas que se contraponham àquilo que poderia oferecer o chamado 'Serviço Social tradicional'. Essa modernização se caracterizará pela preocupação com o aperfeiçoamento do instrumental técnico, de metodologias de ação, da busca de padrões de eficiência, sofisticação dos modelos de análise e diagnóstico.<sup>59</sup>

---

<sup>58</sup> IAMAMOTO, 2010, p. 20.

<sup>59</sup> IAMAMOTO; CARVALHO, 1991, p.364-365.

Nesse sentido, segundo BRAVO et al o Estado passou a intervir mais na saúde com a finalidade de suavizar as reivindicações e pressões populares causadas pela ditadura militar e posteriormente pelo movimento da reforma sanitária, com isso, os assistentes sociais da saúde tiveram como foco de atuação os hospitais e ambulatórios.

O Serviço Social passou por diversas transformações entre os períodos do final dos anos 80, passando pelos anos 90, até o início dos anos 2000 com uma abertura ampla no mercado de trabalho na área da saúde, estando relacionados aos desafios e novas exigências impostos ao profissional, haja vista dentre esses períodos haverem sido promulgadas a Constituição Federal de 1988, a concretização do SUS, a criação do Código de Ética do Assistente Social. Dentre as transformações podemos destacar o projeto de lei 6271\2009 que dispõe sobre a inserção obrigatória de assistentes sociais nas equipes do programa Saúde da Família:

Art. 1º O programa Saúde da Família fica obrigado a incluir o assistente social, devidamente habilitado e inscrito no respectivo conselho profissional, na composição das equipes da estratégia de Saúde da Família ou junto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Para que atue com mais eficiência nas suas atividades cotidianas e para manter-se no mercado é importante à qualificação continuada, estando preparado para questionar as demandas institucionais, acompanhar as mudanças e transformações da realidade social, promover mudanças no cotidiano dos usuários, e na sua própria prática profissional.

Conforme SOUZA:

Assim, o processo de qualificação continuada é fundamental para a sobrevivência no mercado de trabalho. Estudar, pesquisar, debater temas, reler livros e textos não podem ser atividades desenvolvidas apenas no período da graduação ou nos “muros” da universidade e suas salas de aula. Se no cotidiano da prática profissional o Assistente Social não se atualiza, não questiona as demandas institucionais, não acompanha o movimento e as mudanças da realidade social, estará certamente fadado ao fracasso e a uma reprodução mecânica de atividades, tornando-se um

burocrata, e, sem dúvidas, não promovendo mudanças significativas seja no cotidiano da população usuária ou na própria inserção do Serviço Social no mercado de trabalho.  
60

A partir do momento em que o assistente social desenvolve sua capacidade crítica, teórica e reflexiva vai modificando e transformando a realidade social, alterando assim o cotidiano profissional, dando instrumentalidade às suas ações.

[...] Instrumentalidade refere-se, não ao conjunto de instrumentos e técnicas, mas [...] a uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem suas intencionalidades em respostas profissionais.<sup>61</sup>

Neste contexto, a relação entre teoria e prática voltada para área da saúde ainda se torna um pouco complexa, visto que a rotatividade de pacientes é intensa e muitas são as normas institucionais delimitando tempo para as assistentes sociais desempenharem um trabalho reflexivo e de qualidade.

IAMAMOTO assevera que:

[...] um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo.<sup>62</sup>

Nota-se como um dos grandes desafios impostos ao assistente social inserido na saúde a sua função de agente subordinado, visto que nessa instituição não é considerado o detentor do saber.

SANTOS enfatiza que:

---

<sup>60</sup> SOUSA, 2006, p.122.

<sup>61</sup> GUERRA, 2000, p.2.

<sup>62</sup> IAMAMOTO, 2001, p.20

Agentes subordinados (ou agentes institucionalmente complementares) são atores cujas práticas também estão ligadas a ação ou objeto institucional, mas estão subordinados aos agentes privilegiados. Têm saber relativo quanto ao objeto, mas mantêm uma posição estratégica em relação à ação institucional do ponto de vista de seu âmbito. O Assistente Social é agente subordinado em organizações institucionais como hospitais e hospícios. No hospício o agente privilegiado é o psiquiatra, mas como a saúde mental (o objeto institucional) depende da ação do assistente social junto à família, à comunidade, às relações sociais do doente mental, o assistente é chamado a agir em nome do objeto institucional, porém subordinado ao poder-saber do psiquiatra.<sup>63</sup>

É imprescindível que o assistente social conheça suas competências e atribuições, para não se alienar aos serviços burocráticos e mecanizados, dando ênfase à formação continuada, buscando ser um profissional que esteja sempre se aprimorando intelectualmente e acerca do cotidiano profissional e institucional.

---

<sup>63</sup> SANTOS, Prof Mônica Ferreira dos. Análise da Prática Institucional, p.2.

## **CAPÍTULO II – A PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA E SUA INTERLOCUÇÃO COM O CÓDIGO DE ÉTICA.**

### **2.1 – O trabalho do Assistente Social e o Projeto profissional crítico como sustentação da prática profissional no SUS.**

No rumo da profissionalização, a busca do conhecimento, inerente aos seus agentes passa a informar a legitimidade de base teórica e científica. A regulamentação da profissão de Serviço Social passa a orientar um projeto profissional coletivo, bem como a dialética de um movimento para a construção e consolidação deste na sociedade, onde a partir do amadurecimento de sua visão crítica, visa o enriquecimento teórico e político. A nova configuração do projeto profissional provoca ao Assistente Social a ter um olhar crítico com desejo de inovação para sua atuação.

De acordo com NETTO:

Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam as seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários dos seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas (entre estas, também e destacadamente o Estado, ao qual coube, historicamente, o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais).<sup>64</sup>

O Serviço Social como profissão está intimamente ligado a processos de transformações e a organização da sociedade para o enfrentamento das consequências expressas na chamada questão social. O desenvolvimento do Projeto profissional sustenta suas particularidades de profissão institucionalizada, legalmente sancionada que acompanha o movimento societário perfazendo renovações e incorporando demandas que venham ao

---

<sup>64</sup> NETTO, 1999, p. 95.

encontro dos fundamentos e valores que defendam a categoria, expressos nos documentos que o constituem. Assim, não podemos ignorar que existe uma relação de mediação entre os projetos profissionais e o projeto societário, conforme analisa BARROCO:

Os projetos societários estabelecem mediações com as profissões na medida em que ambos tem estratégias definidas em relação ao atendimento de necessidades sociais, com direções éticas e políticas determinadas. Isso fica evidente quando analisamos a profissão Serviço Social, em sua gênese. Suas determinações históricas são mediadas pelas necessidades dadas na relação entre o capital e o trabalho, pelos projetos das forças sociais que buscam enfrentar as sequelas da “questão social” como questão moral.<sup>65</sup>

Assim, ser orientado por um Projeto Profissional Crítico significa adotar intervenções sociopolíticas que se somem as lutas da classe trabalhadora e se coloquem em oposição a conjuntura neoliberal e a sociedade capitalista, no fortalecimento dos sujeitos sociais na luta por uma outra organização social e em busca da consolidação e ampliação dos direitos conquistados. Para isso, se faz necessário que os assistentes sociais tenham uma qualificação profissional que abranja um claro referencial teórico-metodológico e ético-político crítico o que lhe viabiliza, através de mediações, uma competência técnica para atingir seus fins profissionais.

Segundo GUERRA:

(...) o exercício profissional orientado por um projeto profissional que contenha valores universalistas, baseado no humanismo concreto, numa concepção de homem enquanto sujeito autônomo, orientado por uma teoria que vise apreender os fundamentos dos processos sociais e iluminar as finalidades, faculta aos assistentes sociais a consciência de pertencer ao gênero e lhe permite desenvolver *escolhas* capazes de desencadear ações profissionais motivadas por compromissos sociocêntricos que transcendam a mera necessidade pessoal e profissional de seus agentes que se hipertrofia na esfera da

---

<sup>65</sup> BARROCO, 2008, p. 66-67.

cotidianidade. Ao clarificar seus objetivos sociais, realizar escolhas moralmente motivadas, compreender o significado social da profissão no contexto da sociedade capitalista, escolher critica e adequadamente os meios éticos para o alcance dos fins éticos, orientados por um Projeto Profissional Crítico, os assistentes sociais estão aptos, em termos de possibilidade, a realizar uma intervenção profissional de qualidade, competência e compromissos indiscutíveis.

<sup>66</sup>

O Serviço Social se inscreve na divisão social e técnica do trabalho diante da necessidade do capital em gestar as expressões da questão social, oriundas do período da Revolução Industrial.

Como aponta IMAMAMOTO et all:

O Serviço Social se gesta e se desenvolve como profissão na divisão social do trabalho, tendo por pano de fundo o desenvolvimento capitalista industrial e a expansão urbana, processo esse aqui apreendido sob o ângulo das novas classes sociais emergentes – a constituição do proletariado e a burguesia industrial – e das modificações verificadas na composição dos grupos e frações de classes que compartilham o poder de Estado em conjunturas históricas específicas.<sup>67</sup>

Os Códigos de Ética anteriores ao de 1986 sendo eles 1947, 1965, 1975 postulavam princípios baseados em valores abstratos, metafísicos e mutáveis do ser humano e do bem comum, pautando-se em uma visão conservadora, em consonância com a doutrina social da Igreja, que muito influenciou o Serviço Social brasileiro.

Até 1986, o Código de Ética dos Assistentes Sociais pautava-se na “ética da neutralidade”, que pela simples formulação demonstrava que em nada era neutra, posto que: orientada pelo conservadorismo e pela visão abstrata de homem defendia uma concepção de homem, desvinculada das classes existentes e em disputa e antagonismo na sociedade capitalista.<sup>68</sup>

---

<sup>66</sup> GUERRA, 2007, p. 15.

<sup>67</sup> IAMAMOTO; CARVALHO, 1991, p.77.

<sup>68</sup> ABRAMIDES, 2006, p.174.

A ruptura com o conservadorismo, expressa no Código de Ética de 1986, revelou o compromisso que a profissão assumiu com uma nova ética em oposição à idéia da neutralidade profissional. E, pelo fato da questão ética atingir diretamente o cotidiano da vida profissional, esta discussão configurou-se como uma das mediações entre o saber teórico-metodológico e as determinações da prática profissional a partir de uma nova concepção de ser humano, considerando o seu caráter histórico, social e criador.

Rever esse Código de Ética supunha, de partida, recusar a base filosófica tradicional conservadora e apoiar-se na perspectiva teórica crítica do legado marxiano e da tradição marxista voltada para os interesses da grande maioria explorada e oprimida econômica, social, cultural, ideológica e politicamente.<sup>69</sup>

O Código de Ética de 1993 surge com o intuito de sanar as insuficiências do Código de Ética de 1986, bem como realizar a atualização do mesmo, visto que ocorrem modificações na realidade em que o Serviço Social se insere de uma época para a outra. Porém, o atual Código teve a responsabilidade de preservar as conquistas obtidas no Código de 1986, trazendo a posição crítica amplamente assumida pela categoria dos assistentes sociais naquele momento da história, considerando também os avanços e resultados referentes às produções e reflexões teóricas acumuladas nestes últimos anos.

A formulação e implementação do Código de Ética de 1993, precedeu momentos politizadores e de produção coletiva.

Sendo assim, BARROCO salienta que:

As discussões da década de 1990 colocaram o debate ético no interior dos eventos nacionais da categoria, tais como o VII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), em São Paulo, em 1992, que inaugurou o Painel Temático de Ética, passando a incentivar a produção de

---

<sup>69</sup> ABRAMIDES, 2006, p. 175.

uma reflexão sistemática, referenciada em pensadores clássicos e contemporâneos, abrangendo diversos aspectos da profissão e dimensões da realidade e impulsionando a produção da pesquisa no campo da ética.  
70

Portanto, o Código de Ética de 1993 traz para os assistentes sociais uma visão ampliada de mundo, com novas possibilidades de escolha e alternativas possíveis de serem adotadas a fim de ultrapassar os limites impostos e vivenciados pela profissão. A ética profissional passa a ganhar mais visibilidade, sendo possível agir eticamente já que se passa a ter capacidade de agir conscientemente, realizando escolhas a todo o momento. É claro que agir eticamente não é tão simples assim, pois uma variedade de obstáculos se sobrepõe, evidenciando o movimento contraditório que se apresenta para o Serviço Social.

BARROCO sintetiza que:

Essa dinâmica contraditória comporta uma negatividade, objetivada pela luta de classes, de forças sociais antagônicas ao capitalismo, de processos contrahegemônicos, de oposição teórica e prática à ordem vigente. Embora faça parte dessa dinâmica a incorporação dessas lutas, por parte do capital, em busca de sua subordinação à lógica dominante, esse campo de possibilidades é objetivo, variando historicamente, de acordo com as estratégias de recomposição do capitalismo, em face de suas crises, e do acúmulo das forças sociais de oposição.<sup>71</sup>

O Serviço Social é uma profissão que se situa em um espaço contraditório e conflituoso onde o Estado intervém sistematicamente na questão social. Neste viés, o Serviço Social se profissionaliza realizando ações investigativas e interventivas, das quais, a dinâmica cotidiana e a organização das atividades prioritárias não ficam completamente sob o controle dos profissionais, mesmo que estes possuam uma relativa autonomia.

---

<sup>70</sup> BARROCO, 2012, p 50.

<sup>71</sup> BARROCO, 2012, p.55

Desta forma, RAICHELIS assevera,

Instaura-se, assim, um lugar específico do Serviço Social na divisão social e técnica do trabalho, por meio da constituição de um mercado de trabalho que passa a requisitar agentes habilitados para a formulação e implementação das políticas sociais, entre os quais o assistente social. Para os assistentes sociais será reservada, prioritariamente, a relação com os segmentos sociais mais vulnerabilizados pelas sequelas da questão social e que buscam, nas políticas públicas especialmente nas políticas sociais, em seus programas e serviços, respostas às suas necessidades mais imediatas e prementes<sup>72</sup>.

O assistente social passa também a exercer as suas ações vinculadas à gestão de recursos e implantação das políticas sociais dentro das instituições, suprindo as demandas do sistema capitalista e da classe subalterna. É possível mediar às ações dos assistentes sociais junto aos seus usuários, através das políticas sociais, apesar de em sua grande maioria, serem frágeis e não conseguirem trazer soluções para a pobreza e a desigualdade social de maneira mais efetiva. Sendo assim, o Estado torna-se o grande responsável pela legitimação do Serviço Social enquanto profissão, trazendo toda a sua centralidade ao analisar as políticas sociais.

Conforme NETTO (1999), o projeto profissional é um, entre um conjunto de referências técnicas, teóricas, éticas e políticas para o exercício profissional. São estes elementos que possibilitam um trabalho diferenciado daquele realizado por leigos, pois permitem qualificar e enriquecer o exercício profissional, tornando-o consciente para seus agentes.

Neste sentido GUERRA esclarece,

Não obstante os avanços da profissão na ausência de um projeto profissional crítico que vise romper com o tradicionalismo das práticas profissionais, ficam muito limitadas às possibilidades de diferenciação entre o

---

<sup>72</sup> RAICHELIS, 2009, p. 3.

exercício profissional e a prática filantrópica, assistencialista, voluntarista.<sup>73</sup>

O projeto profissional é um elemento de unidade entre teoria e prática, é um elemento necessário, ainda que insuficiente, para que uma atividade se converta em práxis.

Segundo VASCONCELOS:

Que a busca de uma ruptura, teórico-prático com um fazer profissional tradicional, conservador, que contribui somente para reprodução social, não se efetivará sem uma articulação sistemática e de qualidade entre academia e profissional tradicional. Desse modo, tais questionamentos acontecem devido ao fato que teoria e prática nem sempre andam juntas, mais que uma depende da outra.<sup>74</sup>

Segundo ABEPSS<sup>75</sup>, o Serviço Social em seu processo de renovação, ampliação e consolidação do seu projeto ético político, tem como marcos regulatório o Código de Ética Profissional; A Lei que Regulamenta a Profissão-8662/93 e as Diretrizes Curriculares (1996). Constam nesses documentos as atribuições e competências, direitos e deveres dos assistentes sociais, que devem ser respeitados tanto pelos profissionais da área como pelos seus empregadores.

O Projeto Ético Político da profissão foi construído mediante luta da categoria que visava defender uma prática profissional comprometida com as lutas das classes dominadas, bem como na luta pelo reconhecimento da cientificidade da prática profissional.

De acordo com o CFESS:

---

<sup>73</sup> GUERRA, 2007, p.11.

<sup>74</sup> VASCONCELOS, 1999, p.16.

<sup>75</sup> ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social profissão, construído nos últimos anos, pauta-se na perspectiva da totalidade social e tem na questão social a base de sua fundamentação. (CFESS/CRESS, 2009, p . 22).

Com o desenvolver do Projeto, a profissão ficou em evidência, pois se tornaram conhecidos seus objetivos e propósitos; sua prática estruturada num Projeto de Profissão, pois o Projeto ético-político da profissão, construído nos últimos anos, pauta-se na perspectiva da totalidade social e tem na questão social a base de sua fundamentação.<sup>76</sup>

No ano de 2008 é instituído um documento pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), sendo intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, tendo como objetivo:

[...] referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde, [...] com orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços ora pelos empregadores desses profissionais”.<sup>77</sup>

Espera-se com este documento, fortalecer o trabalho dos assistentes sociais na saúde, na direção dos Projetos de Reforma Sanitária e Ético-Político, imprimindo maior qualidade ao atendimento prestado à população usuária dos serviços de saúde, sempre articulando teoria e prática nas suas intervenções durante seu cotidiano profissional.

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social.

Em função de compreender como os usuários são incluídos em ambiente familiar, é necessário que a profissional tenha um olhar crítico mediante ao seu arcabouço teórico-metodológico, em função de compreender o fato em sua essência, sendo a investigação um dos métodos utilizados para a intervenção de

---

<sup>76</sup> CFESS, 2009, p.22.

<sup>77</sup> CFESS Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Brasília, Mar, 2009.

um problema que em algum momento esteja oculto, sendo esse serviço exercido com total responsabilidade na qualidade dos serviços ofertados em decorrência do usuário em evidência.

Antes de se problematizar acerca da atitude investigativa no exercício profissional do assistente social, é importante ter presente que o atual Código de Ética do Assistente Social prevê como um dos onze princípios fundamentais a questão do compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva de competência profissional<sup>78</sup>

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras.

No que se refere aos direitos dos assistentes sociais, o artigo 2º do Código de Ética assegura:

A) garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código; B) livre exercício das atividades inerentes à profissão; C) participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais e na formulação e implementação de programas sociais; D) inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional; E) desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional; F) aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código; G) pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população; H) ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções; I) liberdade na realização de seus estudos e

---

<sup>78</sup> FRAGA, 2010, p.51.

pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos.

No que se refere aos deveres profissionais, o artigo 3º do Código de Ética estabelece:

- a) desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor; b) utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão; c) abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes.

É fundamental estar preparado para as inúmeras demandas que surgem no cotidiano, tanto em quantidade como em qualidade e forma. É preciso manter os “olhos abertos”, pois o profissional que a contemporaneidade exige deve ser criativo e competente, teórica e tecnicamente, e comprometido com o projeto profissional IAMAMOTO (2001).

PAIVA contextualiza que:

Como trabalhador especializado, o assistente social deve apresentar propostas profissionais que vislumbrem soluções para além da requisição da instituição, cujas demandas são apresentadas na versão burocratizada e do senso comum, destituídas da tradução ético-política ou da interpretação teórico-metodológica. Portanto, cabe ao assistente social a responsabilidade de imprimir na sua ação os saberes acumulados pela profissão, ao longo do processo de reelaboração das demandas a ele encaminhadas<sup>79</sup>.

Os assistentes sociais enquanto categoria inserida na Política de Saúde evidencia os desafios advindos do capital, sendo necessário que o profissional se ancore no Código de Ética Profissional em favor da ampliação dos direitos preconizados por lei em prol de não se submeter a práticas assistencialistas, visando reconhecimento amplo da profissão na sociedade contemporânea.

## **2.2 A prática do assistente social inserido na Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Vermelho Novo: uma realidade em análise.**

---

<sup>79</sup> PAIVA, 2000, p. 81.

A partir da execução do estágio foi perceptível a ampla dimensão da prática profissional do assistente social na Política de Saúde, onde a partir do elo entre teoria e prática foi se buscando elementos essenciais que contribuíssem para a elaboração da pesquisa em tese.

Para uma maior compreensão do município onde se realizou a pesquisa faremos uma breve apresentação do mesmo. O município de Vermelho Novo-MG fica situado na Zona da Mata, possui uma área geográfica constituída por 115, 242 Km<sup>2</sup>. Sua população é composta por 4,689 habitantes, dentre 2,427 homens e 2,262 mulheres, segundo dados do IBGE 2010. A população rural de 2.837 pessoas, e a urbana de 1.852 pessoas, o que faz o município ter uma população majoritariamente rural, com uma taxa de urbanização de apenas 40%. Em relação à questão econômica, o PIB per capita a preços concorrentes era de 8.960,11(dados do IBGE-2012), sendo seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) 0,612 (dados do IBGE-2010).

Vermelho Novo, no âmbito geral é classificado como um município de pequeno porte, o que significa que possui apenas uma UBS. A Unidade Básica de Saúde Sebastião Pascoal Coelho está localizada na região central do município, sendo inaugurada a partir da emancipação municipal no ano de 1995. Possui duas equipes do Programa de Saúde na Família (PSF), sendo uma rural e a outra urbana. É importante ressaltar que a UBS atende demandas do município de Raul Soares, limítrofe do município em questão.

Para a realização deste estudo, a amostra de campo foi composta por um assistente social que trabalha na UBS do município, sendo a coleta de dados realizada durante o mês de novembro. A execução da pesquisa parte do pressuposto de dados qualitativos, semi-estruturados, onde equivale a opinião relatada pelo assistente social, fazendo uma análise sobre sua atuação e os serviços ofertados pela UBS.

Segundo MINAYO :

A pesquisa qualitativa, trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis [...] não se preocupam em quantificar, mas, sim, em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais

que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalham com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada.<sup>80</sup>

O questionário foi elaborado com 26 perguntas e subdividido por tópicos, o primeiro com perguntas sobre identificação, idade, instituição e ano que se formação acadêmica, especialização na área e cursos de capacitação.

O segundo tópico aborda as determinações contratuais, tempo de atuação na área de Assistência Social, tempo de atuação na Política de Saúde, tipo de contrato trabalho, e como é o local de trabalho.

No terceiro tópico as perguntas abordavam questões mais discursivas, estando relacionadas às demandas institucionais e dos usuários, ações profissionais, relação com a equipe da UBS, organização do processo de trabalho, os limites impostos, materialização do projeto ético político.

A assistente social entrevistada, concluiu sua formação no ano de 2005 nas Faculdades Integradas de Caratinga (FIC), atuando na área da Política de Assistência Social há oito anos e Política de Saúde há respectivos dois anos. Como formação continuada, é pós-graduada em Recursos Humanos, possuindo ainda a mesma cursos de capacitação sobre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e Bolsa Família. A profissional tem como tipo de contrato de trabalho o concurso público municipal sendo aprovada do ano de 2007.

Quando perguntada sobre como é seu local de trabalho a mesma respondeu, "sala individual" e em seguida perguntada se esta sala garante o sigilo no atendimento ao usuário ela acrescentou que "sim, o usuário tem garantia de sigilo, ao expor sua realidade".

De acordo com o Código de Ética de 1993 precisamente no Art 16:

O sigilo protegerá o usuário em tudo aquilo de que o assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional. Parágrafo único - Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário.

---

<sup>80</sup> MINAYO,199,p.21.

Na abordagem sobre as principais demandas colocadas pela instituição, foi relatado que se destacam “a liberação de medicamentos, consultas, exames e visitas domiciliares”.

Nesta visão sobre as demandas impostas pode-se analisar que a assistente social é colocada como um anteparo entre a instituição e a população inconformada com os serviços da Política de Saúde.

Neste sentido GUERRA enfatiza que:

A funcionalidade do Serviço Social à ordem burguesa, como uma das direções da intervenção, está em eliminar os conflitos, modificar comportamentos, controlar contradições, abrandar as desigualdades, administrar recursos e/ou benefícios sociais, incentivar a participação do usuário nos projetos governamentais ou no alcance das metas empresariais. Neste caso, a profissão tem nos interesses da burguesia uma das suas bases de legitimidade.<sup>81</sup>

Entre as demandas destaca-se a visita domiciliar utilizada na UBS para conhecer a realidade dos usuários em evidência. As visitas domiciliares segundo MIOTO (2001, p. 148), “têm como objetivo conhecer as condições (residência, bairro) em que vivem tais sujeitos e apreender aspectos do cotidiano das suas relações, aspectos esses que geralmente escapam à entrevista de gabinete”.

A abordagem realizada na visita domiciliar deve respeitar cuidadosamente os costumes e valores familiares, sinalizando com linguagem adequada a finalidade da visita, mantendo sempre o sigilo profissional.

Diante da abordagem em relação à demanda na instituição, a mesma é questionada sobre as principais demandas trazida pelos usuários, onde ressalta que, os usuários procuram pelo serviço social para “solicitar medicamentos, consultas, exames e cirurgias”.

Ao certo essas demandas direcionadas ao Serviço Social são consideravelmente analisadas, visto que é necessário que o profissional conheça a realidade do usuário em questão.

Segundo SERRA:

---

<sup>81</sup> GUERRA, 1999, p. 56.

Primeiramente é imprescindível identificar as necessidades do capital e do Estado, em especial, em face das alterações estruturais de hoje, para que se possa, em decorrência, identificar as imposições e demandas que um e outro estão colocando à profissão, em particular. Por outro lado, a exigência é romper com os véus da aparência das necessidades sociais, determinadas por estas alterações econômico-políticas, identificando-se as reais necessidades do outro polo da intervenção profissional – a classe trabalhadora, público-alvo da atuação da profissão.

82

No planejamento do seu trabalho, o Assistente Social leva em conta a demanda institucional, mas sem deixar de lado a demanda do usuário, procura intervir de forma a transformar determinadas situações que estão ao seu alcance, desenvolvendo suas ações com base no Código de Ética e seu compromisso profissional, trabalha com conhecimento da legislação profissional, das atribuições e competências da sua profissão, bem como dos limites que a instituição impõe.

Na abordagem sobre se trabalha sozinho ou em equipe, e como é organizado e quem define a dinâmica do trabalho, a assistente social entrevistada salienta que:

O serviço social trabalha em equipe, pois entende que a sua intervenção sozinha não abrange o usuário em sua totalidade, é de extrema necessidade que as equipes do PSF( agente de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiro e médico) trabalhem em conjunto para que a intervenção seja realizada e concretizada da melhor forma onde possamos alcançar o objetivo daquele usuário. O assistente social tem autonomia para organizar o seu serviço da forma que achar melhor. A dinâmica de trabalho é o próprio profissional que define, pois, é ele que vai intervir diretamente com os usuários.

Neste viés pode-se compreender a dimensão que a intervenção profissional em sintonia com a equipe multiprofissional visualiza do usuário,

---

<sup>82</sup> SERRA, 2000, p. 162.

alcançando traços importantes para concretizar ações que possibilitem atender as demandas.

De acordo com a Resolução do CFESS Nº 557/2009:

Considerando que o profissional assistente social vem trabalhando em equipe multiprofissional, onde desenvolve sua atuação, conjuntamente com outros profissionais, buscando compreender o indivíduo na sua dimensão de totalidade e, assim, contribuindo para o enfrentamento das diferentes expressões da questão social, abrangendo os direitos humanos em sua integralidade, não só a partir da ótica meramente orgânica, mas a partir de todas as necessidades que estão relacionadas à sua qualidade de vida; Considerando a crescente inserção do assistente social em espaços sócio-ocupacionais que exige a atuação com profissionais de outras áreas, requerendo uma intervenção multidisciplinar com competência técnica, teórico-metodológica e ético-política;<sup>83</sup>

Diante do exposto é perceptível que a atuação da assistente social na saúde possui um viés diferenciado dos demais profissionais, possuindo uma visão crítica e ampla dos fatos da contemporaneidade.

Em relação às ações realizadas na instituição e participação em Conselhos, a mesma respondeu que: “As ações desenvolvidas são visitas domiciliares, acolhimento, atendimento social, encaminhamentos e liberações (medicamentos, exames e consultas). No momento não participa de nenhum Conselho de direitos”.

Essas ações desenvolvidas pela profissional são atribuições que competem a profissional inserida na Política de Saúde, sendo ações norteadas por princípios do Código de Ética, a partir dessa análise é possível através do documento Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na saúde compreender ações históricas que não estão inseridas na dimensão da atuação do assistente social. Destacando-se:

---

<sup>83</sup> [http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao\\_CFESS\\_557-2009.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_CFESS_557-2009.pdf) acesso em 01 de dezembro de 2015 as 16:25

- 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 medição 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;
- montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes.

Em relação aos instrumentos e técnicas utilizados para a realização do exercício profissional foi ressaltado pela entrevistada “o relatório social, visita domiciliar e liberações”.

Na interpretação de SOUZA o relatório social:

É o relato dos dados coletados e das intervenções realizadas pelo assistente social. O Relatório social pode ser referente a qualquer um dos instrumentos face a face, bem como pode descrever todas as atividades desenvolvidas pelo profissional (relatório de atividades). Os tipos de relatórios produzidos pelo assistente social são tão iguais à quantidade de possibilidades de realizar diferentes atividades no campo de trabalho.<sup>84</sup>

É notável que para a execução das intervenções seja necessário que o profissional detenha de instrumentos para o exercício de suas ações, buscando assim transformar a natureza da realidade social, onde compete aos profissionais técnicas que melhor atenda as demandas dos usuários, sendo conhecedor do local que está que inserido.

Quando perguntada sobre os principais desafios externos que influenciam a realização de seu trabalho, foi ressaltado que “há necessidade de realizar

---

<sup>84</sup> SOUZA, 2006, p. 130.

visitas domiciliares na zona rural mais nem sempre há disponibilidade de transporte”. Através dos desafios impostos é necessário que o profissional detenha de estratégias para a realização de suas ações, visto que deverá atender as demandas impostas para que sua prática não se torne fragmentada, e contribua para a ampliação dos direitos dos usuários.

Para realizar práticas de intervenção do Serviço Social nessa perspectiva há que superar alguns desafios que perpassam o exercício profissional em relação ao trabalho profissional embasado no projeto profissional.

Nesse sentido IAMAMOTO afirma que:

[...] O outro desafio é participar de um empreendimento coletivo, que permita, de fato, trazer, para o centro do debate, o exercício e/ou trabalho cotidiano do assistente social, como uma questão central da agenda da pesquisa e da produção acadêmica dessa área. O esforço é atribuir transparência aos processos e formas pelos quais o trabalho do assistente social é impregnado pela sociabilidade da sociedade e do capital, [...], o potencial que dispõe para impulsionar a luta por direitos e a democracia em todos os poros da vida social. [...] Exige-se, para tanto, compromisso ético político com os valores democráticos e competência teórico-metodológica em sua lógica de explicação da vida social. [...] Mas, requisita, também, um profissional versado no instrumental técnico-operativo, capaz de potencializar as ações nos níveis de assessoria, planejamento, negociação, pesquisa e ação direta, estimuladora da participação dos sujeitos sociais nas decisões que lhes dizem respeito, na defesa de seus direitos e no acesso aos meios de exercê-los.<sup>85</sup>

O mercado de trabalho exige que o profissional detenha de referenciais que contribuem para a execução da sua prática, em razão disso foi perguntado qual referencial teórico ético e político que norteia suas ações, salientado a profissional que são “o Código de Ética, NOB RH, e LOAS”.

Segundo SANTOS:

[...] a teoria oferece a capacidade de pensar sobre os conteúdos postos pela população, sobre os significados das diversas expressões da questão social que chegam até

---

<sup>85</sup> IAMAMOTO, 2009, p.349-368.

o profissional e que são objetos de intervenção. Ela oferece a compreensão da dinâmica social em que se insere o objeto da intervenção e o significado social dessa intervenção, mas esse conhecimento não se traduz, de forma imediata, em instrumentos no sentido técnico-operativo. Para isso, é preciso pensar a intervenção, estudar o fenômeno como processo e indicações que possam subsidiá-la. [...] Assim, uma intervenção crítica não significa, necessariamente, uma intervenção com qualidade.<sup>86</sup>

Em razão de como percebe sua autonomia dentro da instituição, foi ressaltado que “a partir do momento em que determinada demanda detectada é solucionada com rapidez, visto que, quando não há intervenção do profissional, percebe-se certa demora para solucionar o problema para o usuário.”

IAMAMOTO salienta que:

O dilema condensado na inter-relação entre projeto profissional e estatuto assalariado significa, por um lado, a afirmação da relativa autonomia do assistente social na condução das ações profissionais, socialmente legitimadas pela formação acadêmica de nível universitário e pelo aparato legal e organizativo que regulam o exercício de uma “profissão liberal” na sociedade (expresso na legislação pertinente e nos Conselhos Profissionais). Aquela autonomia é condicionada pelas lutas hegemônicas presentes na sociedade que alargam ou retraem as bases sociais que sustentam a direção social projetada pelo assistente social ao seu exercício, permeada por interesses de classes e grupos sociais, que incidem nas condições que circunscrevem o trabalho voltado ao atendimento de necessidades de segmentos majoritários das classes trabalhadoras<sup>87</sup>.

É fundamental perceber que as classes subalternas possuem suas necessidades e demandas, exigindo sustentação e fortalecimento por parte dos assistentes sociais, tendo em vista que o trabalho social está voltado para esse segmento, bem como para os seus flagelos e mazelas. Nesse sentido, os profissionais contam com o respaldo teórico que regulamenta as suas

---

<sup>86</sup> SANTOS, 2010, p.84-85.

<sup>87</sup> IAMAMOTO, 2009, p.7-8.

atribuições e competências, articulando com os demais atores que compõe as instituições e participam desta mesma área de atuação, bem como contam com o apoio da classe trabalhadora.

IAMAMOTO contextualiza que:

Na direção de expansão das margens de autonomia profissional no mercado de trabalho, é fundamental o respaldo coletivo da categoria para a definição de um perfil da profissão: valores que a orientam, competências teórico-metodológicas e operativas e prerrogativas legais necessárias à sua implementação, entre outras dimensões, que materializam um projeto profissional associado às forças sociais comprometidas com a democratização da vida em sociedade. Este respaldo político-profissional mostra-se, no cotidiano, como uma importante estratégia de alargamento da relativa autonomia do assistente social, contra a alienação do trabalho assalariado.<sup>88</sup>

Diante das questões abordadas sobre a prática profissional da assistente social é direcionada a questão relacionada aos limites impostos e quais as possibilidades que encontra para realizar o trabalho na instituição, sendo respondido que:

Um limite encontrado é em relação a liberação de medicamentos, pois existe um valor imposto na liberação ao qual o serviço social tem que seguir, é dado prioridade aos pacientes com câncer, HIV, idosos, transtorno mental e alunos da APAE.

É pertinente destacar que, para BRAVO:

Os assistentes sociais atuam nas instituições de saúde para administrar a tensão que existe entre as demandas postas pela população e os limitados recursos para a prestação de serviços. Deste modo, o exercício profissional

---

<sup>88</sup> IAMAMOTO, 2009, p. 15.

mantém as características observadas, como a triagem e a seleção socioeconômica.<sup>89</sup>

Sinalizando para outros critérios é direcionada a entrevistada a questão sobre a burocratização do trabalho onde é perguntada se isso acontece em seu trabalho e de que forma rebate em seu exercício profissional respondendo a mesma que:

Acontece a situação burocrática, pois, não temos como fugir ao encaminhar o usuário para alguma instituição, existe varias questões que dificultam a inserção do individuo na mesma. O serviço social não pode permitir que as questões burocráticas sejam empecilho para a efetivação do direito dos usuários.

A análise que procede a partir do exposto é referente aos serviços ofertados na UBS, sendo eles:

Nutricionista, médicos (PSF, pediatra, psiquiatra, ginecologista), TFD (tratamento fora do domicilio), gerente de transporte, agente de saúde, atendente de saúde (consorcio, marcações de consultas e exames), enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Os serviços ofertados na UBS podem ser analisados e melhor compreendidos em razão de sua função hierárquica através do organograma (anexo) da instituição, que representa de forma objetiva todas as funções direcionada a atenção básica.

Colocar as equipes de saúde a serviço da comunidade requer uma disponibilidade e um interesse em conhecer profundamente a realidade da população. Esse interesse se manifesta na acolhida e na escuta de cada indivíduo que chega aos serviços de saúde, dotado de uma cultura, educação e um modo de vida que lhe é singular. Desconsiderar isso seria a não valorização do indivíduo na sua totalidade com todas as influências sociais, econômicas

---

<sup>89</sup> BRAVO, 1996.

culturais, religiosas, morais e emocionais que possivelmente interferem na sua qualidade de vida.

CAMPOS ressalta que as equipes de saúde devem:

[...] ampliar o horizonte e as responsabilidades do olhar clínico, demonstrando que a cura ou a promoção da saúde dependem sempre do meio social e da história psíquica de cada indivíduo e que, portanto, as ações clínicas, se pretenderem eficazes, não poderão nunca se restringir à mera utilização de drogas ou de técnicas cirúrgicas.<sup>90</sup>

Ampliando a análise dos dados, foi abordada a questão sobre os desafios para a materialização do projeto ético político da profissão no seu cotidiano de trabalho, sendo ressaltado pela entrevistada que :

Os desafios encontrados estão ligados à questão burocrática que muitas das vezes encontramos em nossas intervenções e às vezes por falta de dialogo por parte de alguns profissionais, onde dificulta que a intervenção seja executada.

A principal dificuldade vivenciada pelos profissionais na tentativa de materializar o projeto ético-político está em uma série de elementos que compõe o sistema capitalista vigente, como a sociedade do consumo e do individualismo que se formou, se sobrepondo a importância dos direitos sociais e humanos.

De acordo com IAMAMOTO:

A consolidação do projeto ético-político profissional que vem sendo construído requer remar na contracorrente, andar no contravento, alinhando forças que impulsionem mudanças na rota dos ventos e das marés na vida em sociedade. Teimamos em reconhecer a liberdade como valor ético central, o que implica desenvolver o trabalho profissional para reconhecer a autonomia, emancipação e

---

<sup>90</sup> CAMPOS, 1997, p. 51.

plena expansão dos indivíduos sociais, reforçando princípios e práticas democráticas. Aquele recolhimento desdobra-se na defesa intransigente dos direitos humanos, o que tem como contrapartida a recusa do arbítrio e de todos os tipos de autoritarismo.<sup>91</sup>

Os dados obtidos nesta entrevista trouxeram conhecimento a respeito do campo de trabalho a qual a assistente social em questão esta inserida, descortinando a prática profissional frente ao contexto neoliberal. É importante reconhecer que existem desafios no exercício profissional, porém a realidade deve ser observada em sua totalidade sem definições pré-julgadas e inalteráveis, para que a prática não seja reduzida ao mero conformismo e comodismo tornando a atuação profissional insignificante.

---

<sup>91</sup> IAMAMOTO, 2009, p. 141.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao estudo realizado a cerca da pratica do assistente social na política de saúde: A realidade do trabalho do assistente social inserido na UBS do Município de Vermelho Novo considerou que a profissão de serviço social conquistou seu espaço na política nacional de saúde frente às transformações sociais, obtendo avanço na efetivação profissional mais com grandes desafios frente aos limites impostos na contemporaneidade.

A ampliação dos postos de trabalho veio com a implantação do SUS, que passou a necessitar de um profissional capaz de atuar na perspectiva da universalização dos direitos, na formulação dos serviços públicos, na defesa das políticas públicas de saúde, e na luta pela emancipação dos sujeitos, em busca de uma sociedade mais justa e igualitária.

Compreendemos que são diversos os desafios que o assistente social possui, e para superá-los, segundo o documento dos parâmetros para a atuação do profissional da área da saúde, além de outros conhecimentos precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades.

O que se pôde observar é que o assistente social é um profissional indispensável, não apenas para o seu usuário, mas sim para a instituição “que precisa de tranquilidade no seu cotidiano de mesmice, o que exige abafar os conflitos entre o que oferece e como oferece em contraposição às necessidades dos usuários dos serviços públicos” VASCONCELOS (2002).

Caminhar em direção ao projeto ético-político profissional do Serviço Social é caminhar opostamente ao projeto capitalista neoliberal, contudo o trabalho do profissional de serviço social deve estar na perspectiva de possibilitar que os usuários conheçam os seus direitos e se comprometam e se envolvam na fiscalização, acompanhamento do atendimento, se organizem, reivindique melhorias, possam propor e decidir através dos instrumentos de participação.

O profissional de serviço social nas suas mais diversas competências necessita compreender e analisar as desigualdades sociais inseridas no contexto dos serviços de saúde, lembrando também, as manifestações da questão social neste contexto. Assim nesta conjuntura ao analisar os determinantes e condicionantes dos indivíduos detentores dos direitos relativos à

saúde, não os culpabilizar por suas condições de vida e de saúde, mas, sobretudo compreender numa visão de totalidade a realidade por eles vivida, possuindo também como fator importante o fortalecimento do projeto ético-político profissional no cotidiano do trabalho.

Em suma, cabe ao profissional ir além das fronteiras do imediatismo, com distanciamento necessário das funções pontuais, repetitivas e burocráticas. Cabe um constante investimento no processo de apreensão da realidade concreta e das mudanças sociais em movimento, para identificar novas possibilidades de intervenção profissional, por meio de qualificação continuada para desenvolvimento de novas competências e habilidades para atender as novas demandas postas à profissão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social profissão, construído nos últimos anos, pauta-se na perspectiva da totalidade social e tem na questão social a base de sua fundamentação. (CFESS/CRESS, 2009).

ABRAMIDES, M. B. C. O projeto ético-político profissional do Serviço Social brasileiro. Tese de Doutorado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006.

ABREU, M. M. A dimensão pedagógica do Serviço Social: bases histórico-conceituais e expressões particulares na sociedade brasileira. In: Serviço Social e Sociedade, n. 79, ano XXV. São Paulo: Cortez, 2004.

\_\_\_\_\_. Serviço Social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional. São Paulo: Cortez, 2002.

A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea. Capacitação em Serviço Social e Política Social – Módulo I: *Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social*. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/ UNB, 1999

AGUIAR, A. G. Serviço Social e Filosofia: das Origens a Araxá. São Paulo: Cortez, 1985.

ANDRADE, Selma M. de; SOARES, Darli A.; CORDONI JUNIOR, Luiz . Bases da Saúde Coletiva. Londrina (PR): Editora UEL, 2001.

ANTUNES, R. Os Sentidos do Trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 6.ed. São Paulo: Biotempo, 2002.

A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de e ARAÚJO, Patrícia Simone Xavier de (orgs.). Capacitação para Conselheiros de Saúde – textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BACKX, Sheila de Souza. Serviço Social: reexaminando sua história. Rio de Janeiro: CJ Editora AS, 1994.

BARROCO, M. L. S. Ética e Serviço Social – Fundamentos Ontológicos. Sao Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_ Materialidade e potencialidade do Código de Ética dos Assistentes Sociais brasileiros. In: CFESS (Org.). Código de Ética do/a Assistente Social Comentado. CFESS (org.). São Paulo: Cortez, 2012.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. Saúde e Previdência. Estudos de Política Social. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRAVO Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; Potyara Amazoneida Pereira (Org.). Política social e democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

\_\_\_\_\_. Reforma Sanitária e Projeto ÉticoPolítico do Serviço Social: Elementos para o Debate. In: Saúde e Serviço Social BRAVO, M. I. S et alli (Orgs). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In.: Serviço Social e Saúde: formação profissional. Brasília: Cortez, 3ª ed., 2008

\_\_\_\_\_. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo e Rio de Janeiro: Cortez e Ed. UFRJ, 1996.

CFESS. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Grupo de trabalho Serviço Social na Saúde. – Brasília: CFESS, 2009. 42p. (Publicação: Conselho Federal de Serviço Social- CFESS

CFESS. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de assistência social. Brasília: CFESS, 2009.

COHN Amélia; ELIAS, Paulo E. M. Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

Conselho federal do Serviço Social (CFESS<[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 19 de abr.2015,16:32:47

Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e n. 293/1994.

CONSELHO FEDERAL DE ASSISTENTES SOCIAIS. Intervenção profissional do assistente social no campo da saúde. Brasília, 1990

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle social na saúde. Serviço Social e saúde-Formação e trabalho profissional. Brasília: Cortez, 3<sup>a</sup> ed., 200.

COUTO, B.R. O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível? São Paulo: Cortez, 2004.

CRESS. Atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. In: Caderno de Texto nº 7. Cress 12<sup>a</sup> região, 2005.

FERREIRA, Rosilda Arruda. A pesquisa científica nas ciências sociais. Recife: Editora Universitária. UFPE, 1998.

FRAGA Cristina Kologeski, Serv. Soc. Soc, São Paulo, n.101, p40-64, jan./mar.2010.

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

GUERRA, Yolanda. O Projeto Profissional Crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n.91, set/2007.

HAMILTON, G. *Teoria e prática do Serviço Social de casos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1958.

HARVEY, D. *Condição Pós-Moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. 6.ed. São Paulo: Edições Loyola, 1994.

IAMAMOTO, M.V.; CARVALHO, Raul de. *Relações Sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 8.ed. São Paulo: Cortez, 1991.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. *A divisão do trabalho em Marx*. In *Renovação e conservadorismo no Serviço Social*. 10<sup>a</sup> ed. São Paulo: Cortez, 2008

\_\_\_\_\_. O debate contemporâneo do Serviço Social e a ética profissional. In: BONETTI, D. A. (org). *Serviço Social e Ética: convite a uma nova práxis*. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2001

\_\_\_\_\_. O Serviço Social na Contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas. Fortaleza: CRESS/SC, 1997.

\_\_\_\_\_. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 19. Ed. – São Paulo, Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. O trabalho do Assistente Social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social. Caderno de capacitação em serviço social e política social: crise contemporânea, questão social. Brasília: UNB, módulo I, p. 112-128, 1999.

\_\_\_\_\_. Renovação e Conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2000.

LAURELL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In(Org.) Estado e Políticas Sociais no neoliberalismo. 3° ed. São Paulo. Cortez, 2002.

LIMA, Maria Helena de Almeida. Serviço Social e sociedade brasileira. São Paulo: Cortez, 1982.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. Physis, Rio de Janeiro, v.1, n.1, 1991

Manual para a Apresentação de Trabalhos Acadêmicos. Faculdades Integradas de Caratinga, Curso de Serviço Social. Caratinga, 2012

MATOS, Maurílio Castro. O debate do Serviço Social na Saúde na década de 90: sua relação com o projeto ético-político profissional e com o projeto da reforma sanitária. Rio de Janeiro, 2000. Dissertação (mestrado em Serviço Social). Escola de Serviço Social. UFRJ.

\_\_\_\_\_. O debate do Serviço Social na Saúde na década de 90. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº 74, Cortez, 2003.

MIOTO, R. C. T. A perícia social: proposta de um percurso operativo. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, Cortez Editora, n. 67, 20, 2001.

MIOTO, Regina Célia Tamaso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L; TEIXEIRA, M. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4.ed. São Paulo: HucitecAbrasco,1996.

\_\_\_\_\_. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade.18. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MONTAÑO, Carlos. Terceiro Setor e a Questão Social. Crítica ao padrão emergente de intervenção social. 2a ed, São Paulo: Cortez, 2003.

\_\_\_\_\_ Carlos. A Natureza do Serviço Social. SP: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. Um Projeto para o Serviço Social Crítico. In: Revista Katálysis. V. 9. N.2. Florianópolis, 2006.

MOTA, A. E. e AMARAL, A. “A reestruturação do capital, a fragmentação do trabalho e o Serviço Social”. In. A nova fábrica de consensos. 2ª. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

NETTO, José Paulo. Capitalismo monopolista e Serviço Social. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_ A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova. In: Serviço Social e Sociedade, n. 79, ano XXV. São Paulo: Cortez, 2004.

\_\_\_\_\_, A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea. Capacitação em Serviço Social e Política Social – Módulo I: *Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social*. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/ UNB, 1999ª.

\_\_\_\_\_, “A Renovação do Serviço Social sob a autocracia burguesa”. In: Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 1994.

\_\_\_\_\_. “Transformações societárias e Serviço Social...”. In. Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, 1996, nº 50.

\_\_\_\_\_. Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 1991. NETTO, José Paulo. “Transformações societárias e Serviço Social...”. In. Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, 1996, nº 50.

OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA FLEURY, S.M. (Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.

PAIVA, B. A. Reflexões sobre pesquisa e processos de formulação e gestão. In: Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 4. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

Portal da Saúde SUS. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/>. Acesso em 19 de Abril de 2015, 17:13:47.

RAICHELIS, Raquel. Esfera pública e os conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática. São Paulo: Cortez, 1998.

\_\_\_\_\_ “O trabalho do assistente social na esfera estatal.” In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS-ABEPSS, 2009.

RESOLUÇÃO CFESS Nº 557/2009 de 15 de setembro de 2009. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao\\_CFESS\\_557-2009.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_CFESS_557-2009.pdf). Acesso em 01 de dezembro de 2015, 17:20:19

SANTOS, Claudia Mônica. Na prática a teoria é outra? Mitos e dilemas na relação entre teoria, prática, instrumentos e técnicas no Serviço social. Rio de Janeiro: Editora Lúmen Júris, 2010.

SANTOS, Prof Mônica Ferreira dos. Análise da Prática Institucional.

SERRA, Rose Mary Souza. Crise de materialidade no serviço social: repercussões no mercado profissional. São Paulo, Cortez, 2000.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. O Serviço Social e o popular: resgate teórico metodológico do projeto profissional de ruptura. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SOARES, Laura T. Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

SOUZA, Charles Toniolo de. A prática do assistente social: conhecimento instrumentos e intervenção profissional. S.1. 2006. Disponível em: <[WWW.uepg.br/emancipação/pdfs/revista%208-1/Charles-artigo-9-p](http://WWW.uepg.br/emancipação/pdfs/revista%208-1/Charles-artigo-9-p)>. 119. Acessado em 01 de dezembro de 2015

SOUZA, Rosany B. e AZEVEDO, Verônica Gonçalves. O Assistente Social e a ação competente: a dinâmica cotidiana. Revista Serviço Social e Sociedade, nº 80, ano XXV, São Paulo: Cortez, 2004.

VASCONCELOS, Ana Maria. A prática do Serviço Social Cotidiano, Formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

\_\_\_\_\_ Serviço Social e Prática Reflexiva. In: Em Pauta - Revista de Serviço Social da UERJ. Nº1 (Nov. 1993). Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A priorização da família nas políticas de saúde: Saúde em debate. Rio de Janeiro. v23 n.53, set . 1999 .

YAZBEK, M. C. O significado social da profissão. Texto escrito para o curso de especialização lato sensu em Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais, Brasília: CFESS/Abepss, 2009.

## APÊNDICES APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento tem como objetivo solicitar sua participação na pesquisa sobre “ **A pratica do assistente social inserido na Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Vermelho Novo: Uma realidade em análise**”. Possui como objetivo analisar a pratica profissional do assistente social na política de saúde frente os desafios e avanços da profissão, tendo como parâmetro a UBS do município de Vermelho Novo. A pesquisa foi desenvolvida pelas alunas Carla da Consolação Magela e Samira Bianca Pereira do 8º período do curso de Serviço Social Faculdades Integradas de Caratinga- MG, sob a orientação da professora Sonia Gomes de Freitas.

Por intermédio desse termo, ficam garantidos os seguintes direitos: a) solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre essa pesquisa; b) negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julguem prejudiciais a sua integridade física, moral e social; c) solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido; d) desistir a qualquer tempo, de participar da pesquisa.

#### **Consentimento do(a) participante:**

Eu, \_\_\_\_\_ de livre e espontânea vontade, concordo em participar desta pesquisa. Autorizo a pesquisadora a me identificar no texto final do trabalho como assistente social do município de Vermelho Novo- MG.

Declaro estar ciente das informações constadas deste Termo de Consentimento Livre e esclarecido, sendo que, a qualquer tempo, posso solicitar esclarecimentos sobre esta pesquisa; recusar-me a dar informações que julgue prejudiciais à minha pessoa; solicitar à não inclusão de quaisquer informações que já tenha fornecido e desistir a qualquer momento, de participar da pesquisa. Fico ciente que uma copia deste termo permanecerá arquivada com os pesquisadores das Faculdades Integradas de Caratinga- MG no curso de Serviço Social e outra copia me será entregue no ato da assinatura deste termo. Vermelho Novo, \_\_\_\_ de Dezembro de 2015.

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do Pesquisador

Faculdades Integradas de Caratinga

## APÊNDICE B QUESTIONÁRIO

### 1) IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

### FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Instituição de Ensino em que formou: \_\_\_\_\_

Ano que se formou: \_\_\_\_\_

### FORMAÇÃO CONTINUADA

Pós-Graduação ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

Cursos de Capacitação : ( ) Sim ( ) Não

Quais? \_\_\_\_\_

### 2) DETERMINAÇÕES CONTRATUAIS:

Tempo de atuação como Assistente Social: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na área de Assistência Social: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na Política de Saúde:

Tipo de contrato trabalho:

( ) Contratada ( ) Concursada ( ) Comissionada ( ) Outros

Como é seu local de trabalho? Garante o sigilo no atendimento ao usuário?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3) DEMANDAS, RESPOSTAS PROFISSIONAIS E A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO:

- a) De acordo com seu cotidiano de trabalho quais são as principais demandas colocadas pela instituição para o assistente social?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

b) Quais as principais demandas trazidas pelos usuários ao Serviço Social na Instituição?

---

---

---

c) Você trabalha sozinho ou em equipe? Como é organizado o trabalho do assistente social na instituição? Quem define a dinâmica de trabalho?

---

---

---

---

d) Quais ações você realiza na instituição? Participa de Conselhos de direitos? Qual?

---

---

---

e) Quais os instrumentos e técnicas de trabalho utilizado por você para a realização do seu exercício profissional?

---

---

---

f) Na UBS, quais são os principais desafios externos que influenciam a realização de seu trabalho?

---

---

---

g) Qual o referencial teórico ético e político que norteia suas ações? \_\_\_\_\_

---

---

h) Como você percebe sua autonomia dentro da instituição? \_\_\_\_\_

i) Quais os principais limites impostos ao seu exercício profissional na UBS? \_\_\_\_\_

j) Diante dos limites impostos quais as possibilidades que você encontra para realizar seu trabalho nesta instituição?

k) Hoje uma das dificuldades encontradas pelos profissionais de Serviço Social é a questão burocratização do seu trabalho, na UBS isso acontece? E de que forma isso rebate no seu exercício profissional?

l) Quais os serviços ofertados na UBS?

m) Quais os desafios encontrados para a materialização do projeto ético político da profissão no seu cotidiano de trabalho?

---

---

---

**ANEXOS**  
**ORGANOGRAMA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

