



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ELEONAI LOURENÇO DE SOUZA

SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES À LUZ DAS PUBLICAÇÕES DOS  
ÓRGÃOS REPRESENTATIVOS DA PROFISSÃO NO BRASIL

RECIFE

2024

ELEONAI LOURENÇO DE SOUZA

SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES À LUZ DAS PUBLICAÇÕES DOS  
ÓRGÃOS REPRESENTATIVOS DA PROFISSÃO NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.  
**Orientadora: Profa. Dra. Delaine Cavalcanti Santana de Melo**

RECIFE

2024

## FICHA ELETRÔNICA

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Souza, Eleonai Lourenço de.

Saúde e Serviço Social: reflexões à luz das publicações dos órgãos representativos da profissão no Brasil / Eleonai Lourenço de Souza. - Recife, 2024.  
65 p. : il.

Orientador(a): Delaine Cavalcanti Santana de Melo

Coorientador(a): Ana Cristina de Souza Vieira

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social - Bacharelado, 2024.

1. Saúde. 2. Serviço Social. 3. Prática profissional da/do Assistente Social. I. Melo, Delaine Cavalcanti Santana de. (Orientação). II. Vieira, Ana Cristina de Souza. (Coorientação). IV. Título.

360 CDD (22.ed.)

**ELEONAI LOURENÇO DE SOUZA**

**SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES À LUZ DAS PUBLICAÇÕES DOS  
ÓRGÃOS REPRESENTATIVOS DA PROFISSÃO NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: 01 de abril de 2024.

**BANCA EXAMINADORA**

-----  
**1. Profa. Dra. Delaine Cavalcanti Santana de Melo**  
(Orientadora)

-----  
**2. Profa. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira**  
(Examinadora Interna)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço por permanecer firme ao longo desta jornada, mantendo-me fiel a quem sou. Desistir nunca foi uma opção considerada, e este momento de conquista é especialmente significativo para mim como a primeira mulher na minha família a alcançar o diploma em uma universidade pública.

Minha eterna gratidão à minha mãe, **Lenilda Lourenço**, que nunca soltou minha mão, acreditou incessantemente na importância da educação e dedicou esforços incansáveis. Meu amor por ela é imensurável, e sua presença foi fundamental nessa trajetória. Também expresso meu agradecimento ao meu pai, **José de Souza**, por incentivar meus estudos desde a infância, cultivando o hábito da leitura e sempre colocando a educação como prioridade.

Minha gratidão aos meus irmãos, **Cleiton Lourenço de Souza**, pelo apoio nas adversidades, e **Isaiás Lourenço de Souza**, por sempre acreditar em mim. À minha tia **Denize da Silva**, agradeço o apoio constante. À minha família como um todo, agradeço sinceramente por todo o apoio e torcida dedicados ao longo da minha jornada.

Às minhas amigas e futuras colegas de profissão, **Amanda Caroline, Camilla Matos e Vitória Cristina**, dedico minha gratidão por tornarem os quatro anos de graduação mais agradáveis e acolhedores. O apoio valioso de vocês foi essencial para mim.

Ao meu companheiro, **Hugo Costa**, expresso minha gratidão por acreditar em mim e por ser uma fonte constante de inspiração.

Por fim, quero expressar minha imensa gratidão à minha orientadora, Professora Dra. **Delaine Melo**. Sua dedicação exemplar em todas as atividades acadêmicas e seu acolhimento foram significativos. Agradeço por todo o apoio e orientação valiosa que recebi ao longo do processo de Conclusão do Curso.

Você tem sede de quê?

Você tem fome de quê?

(Titãs, 1987).

Saúde como direito

(CNS, 1986).

## RESUMO

Esta monografia aborda o tema Saúde e Serviço Social, e tem como objetivo refletir sobre a prática profissional no contexto da saúde, respaldando-se nos referenciais das entidades representativas brasileiras da profissão. Destaca a importância dessa atuação, situando potencialidades e desafios enfrentados. O trabalho apresenta elementos históricos da assistência à Saúde no Brasil, desde o cenário anterior à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) sob os marcos do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, da VIII Conferência Nacional de Saúde e da promulgação da Constituição Federal de 1988 com a criação do SUS. Assim, contempla as conquistas, os projetos antagônicos presentes no SUS e as contrarreformas na Saúde. A reflexão sobre a atuação da/o assistente social, suas atribuições e competências profissionais, toma por base, prioritariamente, publicações do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Metodologicamente, apoia-se no materialismo histórico-dialético, e utiliza-se dos procedimentos do levantamento bibliográfico em produções teóricas e acadêmicas do Serviço Social e da pesquisa documental nas produções de entidades representativas da categoria profissional no Brasil. Assume natureza exploratória descritiva. Os resultados indicaram a intervenção de assistentes sociais na viabilização dos direitos, problematizando a realidade de precarização das condições materiais de existência da classe trabalhadora e atuando para mitigá-las com a viabilização do acesso a direitos. Sobretudo diante dos impactos danosos da agenda neoliberal do Estado brasileiro e, por conseguinte das contrarreformas nas políticas sociais, torna-se fundamental a atuação do Serviço Social na busca pela viabilização e acesso aos direitos da população usuária. Ademais, converge para a necessidade contínua de resistência e mobilização em defesa do SUS e da Saúde como um direito social.

**Palavras-chaves:** Saúde; Serviço Social; Prática profissional da/do Assistente Social.

## **ABSTRACT**

This monograph addresses the topic of Health and Social Work, and aims to reflect on professional practice in the context of health, based on the references of Brazilian representative entities of the profession. It highlights the importance of this action, highlighting the potential and challenges faced. The work presents historical elements of health care in Brazil, from the scenario prior to the implementation of the Unified Health System (SUS) under the framework of the Brazilian Health Reform Movement, the VIII National Health Conference and the promulgation of the Federal Constitution of 1988 with the creation of the SUS. Thus, it contemplates the achievements, the antagonistic projects present in the SUS and the counter-reforms in Health. The reflection on the role of the social worker, their duties and professional skills, is based, primarily, on publications from the Federal Council of Social Service (CFESS ) and the Brazilian Association of Teaching and Research in Social Work (ABEPSS). Methodologically, it is based on historical-dialectic materialism, and uses bibliographical survey procedures in theoretical and academic productions of Social Service and documentary research in the productions of entities representing the professional category in Brazil. It assumes an exploratory, descriptive nature. The results indicated the intervention of social workers in the viability of rights, problematizing the reality of precarious material conditions of existence of the working class and acting to mitigate them by enabling access to rights. Especially given the harmful impacts of the neoliberal agenda of the Brazilian State and, consequently, of the counter-reforms in social policies, the role of Social Services in the search for viability and access to the rights of the user population becomes fundamental. Furthermore, it converges on the continuous need for resistance and mobilization in defense of the SUS and Health as a social right.

**Keywords:** Health; Social Service; Professional practice of the social worker.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2. ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL E A CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Saúde: para além dos conceitos .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Reforma Sanitária e SUS .....</b>	<b>16</b>
<b>2.3 Estado Neoliberal e contrarreformas da Saúde .....</b>	<b>25</b>
<b>3. SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE .....</b>	<b>344</b>
<b>3.1 Atuação da/o assistente social: Atribuições, competências e estratégias .....</b>	<b>35</b>
<b>3.2 Publicações do Conjunto CFESS-CRESS e da ABEPSS: contribuição à prática profissional na Saúde .....</b>	<b>388</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>577</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>59</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A compreensão da Política de Saúde brasileira demanda a análise dos caminhos que percorreu, avanços e retrocessos, disputas, confrontos de projetos. A relação público e privado, Estado e Mercado imbricam-se na concepção de Saúde como benefício previdenciário, filantropia e sua conquista como direito social. Demarca-se que será a partir da década de 1980 que se concretizaram os maiores avanços da Saúde pública no Brasil.

Ao longo da história, o cuidado em Saúde esteve predominantemente associado ao modelo biomédico, focado na dimensão biológica da população. Cabe ressaltar que o modelo biologizante permanece hegemônico, apesar da existência de experiências interdisciplinares e humanizadoras no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como de tensionamentos frente a práticas dissociadas da análise multifatorial dos processos Saúde e doença. Antes do estabelecimento do SUS, sob as bases da Saúde como direito universal na Constituição Federal de 1988, prevalecia, então, uma abordagem previdenciária, para trabalhadores/as formais, ou filantrópica para a grande maioria da classe trabalhadora empobrecida. Ademais, configurava-se como mercado lucrativo à revelia da concepção de Saúde pública e coletiva.

Destacando-se que as lutas sociais por direitos sempre existiram, movimentos sociais se contrapuseram às condições precárias de vida da classe trabalhadora. No âmbito da saúde, destaca-se o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), o qual emerge a partir dos anos 1970 e se posiciona com pensamento crítico sobre a saúde, propondo um sistema de ampla cobertura para a saúde da população. O MRSB agregou profissionais de Saúde e setores progressistas críticos à organização societária excludente e seus impactos nas condições de vida e saúde dos/as brasileiros/as.

Importante marco da reforma sanitária em sua propositura de transformações na Saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde constitui-se como importante elemento histórico e político. A VIII Conferência inovou em contar com a participação popular e ao abordar a Saúde como direito social e fundamental. O enfoque era promover o conceito ampliado de Saúde, transcendendo o entendimento puramente físico, biológico, mas também considerando as dimensões mental, cultural, econômica e social sobre a Saúde.

A criação do SUS, com seus princípios de universalidade, integralidade e equidade; e diretrizes de descentralização, atendimento integral e a participação da comunidade; originou-se dessas lutas sociais na ambiência da efervescência política dos anos 1980 e da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS).

No campo do Serviço Social, desde as origens da profissão, houve estreita relação entre Saúde e Serviço Social (Iamamoto; Carvalho, 2004). Até os dias atuais, a profissão encontra-se de tal maneira inserida na área da Saúde, destacando-se como a segunda maior área de atuação de assistentes sociais (CFESS, 2022). Ao abordar a Saúde em sua compreensão ampliada, considerando os diversos fatores e fundamentando-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se a integração do assistente social no âmbito da Saúde. A partir da Resolução nº 218, de 06 de março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), reconhece-se a/o assistente social como profissional de Saúde. Ademais, o setor de Serviço Social atua diante das diversas demandas dos/as usuários/as na área da Saúde, desempenhando um trabalho sob a perspectiva da viabilização dos direitos. As demandas do adoecimento frequentemente são desencadeadas pelas expressões da questão social.

A aproximação e escolha desta temática foi influenciada pela vivência do Estágio Curricular Obrigatório no âmbito do Curso de Graduação em Serviço Social, realizado em um hospital público geral do Recife, contabilizando 480 horas de estágio nos semestres letivos, 2022.2 e 2023.1. Essa vivência, serviu como estímulo para aprofundar a análise do objeto de estudo escolhido, e proporcionou maior entendimento sobre o papel interventivo da/do assistente social na Saúde, destacando sua presença na composição da equipe multidisciplinar. Foi possível acompanhar e refletir sobre as possibilidades de intervenção diante da realidade da população usuária, além de testemunhar desafios cotidianos e recorrentes, tanto institucionais quanto conjunturais.

O presente estudo, foi guiado pelo objetivo de refletir sobre a prática profissional do Serviço Social na atenção hospitalar à Saúde. Do ponto de vista teórico-metodológico, ancora-se no método materialista histórico-dialético, o qual permite conhecimento crítico da realidade, partindo de bases concretas e sob a perspectiva de totalidade. Trata-se de um estudo exploratório, caracterizado, conforme delineado por Gil (2008), como sendo predominantemente bibliográfico e documental.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A única diferença entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (Gil, 2008, p. 50-51).

Entre as principais referências utilizadas pode-se citar autores, como: AROUCA (1986); BRAVO (2012); COHN (2003); CORREIA (2007); BEHRING (2009); GUERRA (2000); IAMAMOTO (2004); MOTA (2020); PAIM (2008); SOARES (2010); VASCONCELOS (2000); entre outras/os, bem como de produções teóricas e acadêmicas da área de Serviço Social na Saúde: livros, revistas, artigos, sites, teses e dissertações. O corpus documental foi composto por produções das entidades representativas do Serviço Social brasileiro, como sendo o Conjunto Conselho Federal de Serviço Social e Conselhos Regionais de Serviço Social (CFESS-CRESS) e a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).

A estruturação do trabalho está organizada em três capítulos. O primeiro capítulo corresponde a essa seção introdutória. O segundo capítulo, intitulado "Assistência à Saúde no Brasil e a Constituição do Sistema Único de Saúde", foi sistematizado em três subtópicos com retrospecto histórico sobre a Saúde no país, particularidades, trajetórias e o reconhecimento da Saúde como direito social e responsabilidade do Estado.

O terceiro capítulo, intitulado "Serviço Social na Saúde", organizado em dois subtópicos, destaca-se a interseção entre Saúde e Serviço Social. Nessa perspectiva, ressalta-se a importância do processo interventivo da/o assistente social, suas atribuições e competências profissionais. Além disso, aborda-se a representatividade do Serviço Social na área da Saúde, explorando as contribuições das entidades representativas, tanto em termos teóricos quanto práticos. Em conexão com isso, são brevemente discutidas as experiências de observação participante na atuação profissional. Por último, são apresentadas as considerações finais, como síntese conclusiva do estudo. O trabalho agrega a produção autoral de uma série de mapas conceituais, cuja intencionalidade é favorecer a visibilidade imagética da problematização do objeto de estudo.

Este Trabalho de Conclusão de Curso pretende ofertar uma contribuição à comunidade acadêmica interessada na atuação da/o assistente social na Saúde e os desafios desse campo, bem como à interseção Saúde e Serviço Social, já que evoca

o conceito ampliado de Saúde, as determinações sociais da Saúde e o exercício profissional da categoria.

Para tal propósito, evidencia a importância da Política de Saúde como direito social conquistado e a ser operado pelo Estado brasileiro, e a atuação do Serviço Social ética e politicamente alinhada aos ideais da Reforma Sanitária e aos princípios do SUS.

## 2. ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL E A CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

### **Sem Saúde**

(Gabriel o Pensador, 1998,)

Eu tô com dor, doutor, não sei no que vai dar  
 Emergência! Eu tô passando mal  
 Vou morrer aqui na porta do hospital  
 Era mais fácil eu ter ido direto  
 Pro Instituto Médico Legal  
 [...]Me cansei de lero-lero  
 Dá licença, mas eu vou sair do sério  
 Quero mais saúde  
 Me cansei de escutar  
 Doutor, por favor, olha o meu neném  
 Olha, doutor, ele não tá passando bem  
 Fala, doutor, o quê que ele tem?  
 A consulta custa 100!

A música “Sem Saúde” do cantor Gabriel o Pensador (1998), letrado acima, é uma canção em forma de denúncia que retrata a problemática social da falta de acesso à Saúde. O artista faz referência a uma Saúde não acessada, paga e o desejo de querer mais Saúde. Nesse sentido, compreendendo o que a letra provoca, no presente capítulo, será apresentada uma breve contextualização histórica da Política de Saúde no Brasil, com ênfase no processo de democratização da sociedade brasileira referindo o Sistema Único de Saúde (SUS) como conquista histórica de um sistema público, gratuito e universal, de responsabilidade do Estado.

Na primeira subseção será discutido o conceito ampliado de Saúde e a segunda contemplará a trajetória de luta e resistência, da década de 1980, com ênfase no Movimento de Reforma Sanitária Brasileira e no Sistema Único de Saúde (SUS) na esteira do processo de democratização. A terceira e última subseção, o panorama

dos embates perante essas conquistas, a partir das contrarreformas na Saúde sobre o véu do Estado Neoliberal, visto que a Política de Saúde no Brasil é uma expressão da correlação de forças na realidade. Ademais, parece-nos imprescindível apontar a luta pela preservação do SUS e da Saúde como direito.

## 2.1 Saúde: para além dos conceitos

O que é Saúde? A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946, definiu Saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946); Para Segre e Ferraz (1977), essa definição de Saúde foi até reconhecidamente avançada para esse tempo, pois não se restringia unicamente ao aspecto fisiológico. No entanto, os autores argumentam que essa definição pode ser problematizada, conforme segue:

a definição de saúde da OMS está ultrapassada porque ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social. Mesmo a expressão “medicina psicossomática”, encontra-se superada[...] percebe-se a inexistência de uma clivagem entre mente e soma, sendo o social também inter-agente, de forma nem sempre muito clara, com os dois aspectos mencionados (Segre; Ferraz, 1997, p. 540).

A concepção ampliada de Saúde requer o entendimento da Saúde atravessada pelas dimensões social, mental, cultural, entre outros aspectos da existência do indivíduo; a falta de emprego, falta de moradia, fome, moradias insalubres, entre outros condicionamentos fazem parte da Saúde ou da falta de Saúde, isto é, para ter Saúde existem variadas dimensões que compõem esse contexto.

Como será abordado posteriormente, o conceito ampliado de Saúde foi formulado na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, avançou por reconhecer as desigualdades sistêmicas como determinantes dos processos Saúde-doença que afligem a classe trabalhadora na ordem burguesa, como descrito em trecho do seu Relatório Final:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CNS, 1986, p. 04).

Na abertura da VIII Conferência Nacional de Saúde, o discurso de Sérgio Arouca destacou que “Saúde não é apenas ausência de doenças, é muito mais que isso, é bem-estar físico, mental, social, político” (Arouca, 1986, 14min23s.). E que [...]

“sociedades criam ciclos, que são ciclos da miséria ou são ciclos do desenvolvimento, que é fundamental o que acontecer no ciclo da miséria que ele seja rompido seja transformado, mudado” (Arouca, 1986, 14min38s.).

Nesse sentido, a compreensão dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) aporta à análise da saúde imbricada a elementos abrangentes e integrados às condições de vida e trabalho da população, bem como aos modelos de assistência adotados. Do ponto de vista teórico-conceitual, o debate sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS), possui diferentes abordagens. A discussão é frequentemente articulada à melhor terminologia, sendo que o uso mais encontrado nas produções é dos termos determinantes, determinações e determinação. A ênfase permanece na assunção de uma perspectiva abrangente da saúde, evitando a centralidade biológica/biologizante, com base na premissa de que os fenômenos sociais rebatem nos processos de saúde e doença da população. No que se refere à sociabilidade do capital, em que a precarização da vida de amplos segmentos populacionais é sistêmica, os processos de adoecimento são socialmente construídos.

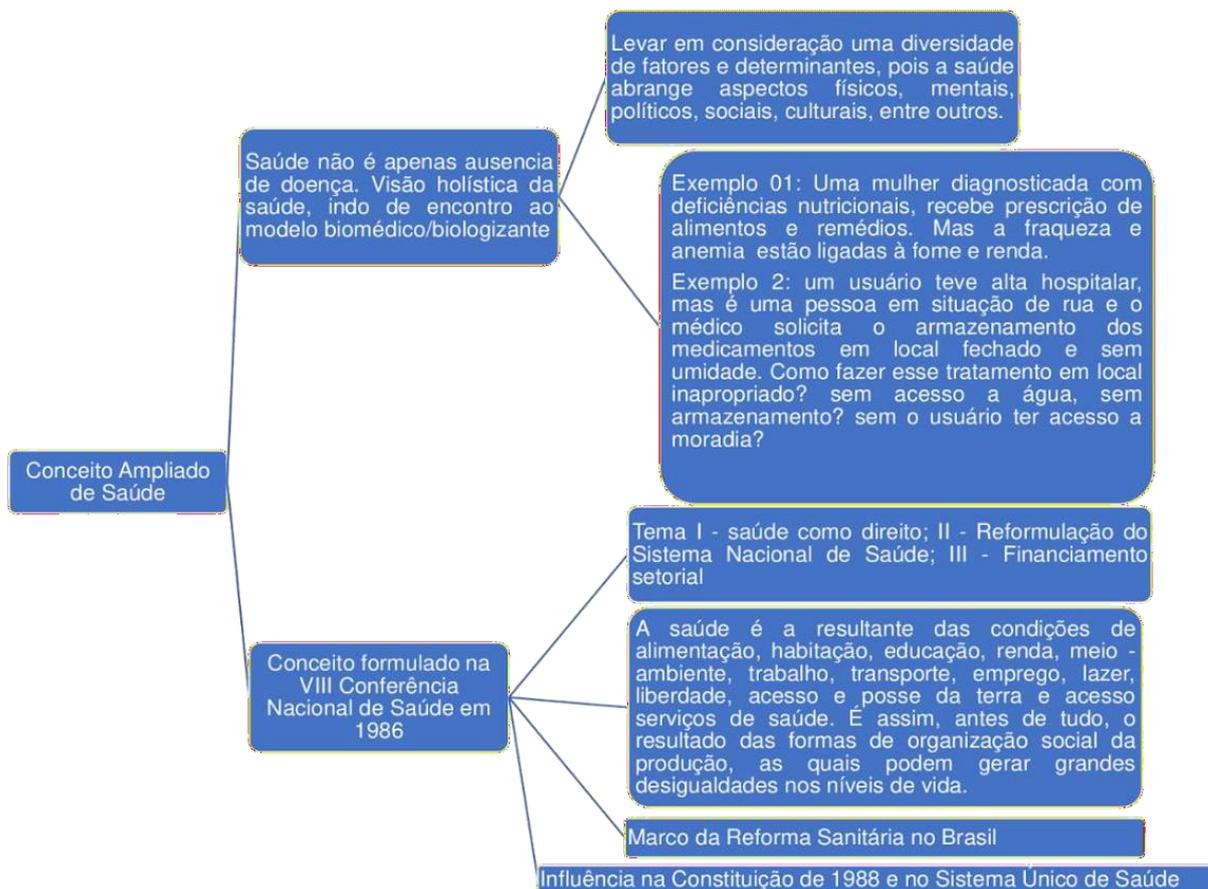
De acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de Saúde e seus fatores de risco na população” (CNDSS, 2006). Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) não negligenciam a multiplicidade de elementos que influenciam a Saúde. Dessa maneira, a acepção das determinações na Saúde, se contrapõem aos discursos associados ao projeto privatista, este notadamente caracterizado pela abordagem médico-centrada e hospitalocêntrica.

O conceito ampliado de Saúde pode ser tomado como marco histórico e ideológico; evoca a totalidade da vida social imbricada à Saúde e foi tomado como referência no ideal reformista para a Saúde brasileira.

A subcomissão considerou o documento da CNRS no momento da redação da seção sobre o SUS na Constituição Federal. O relatório final foi enviado à Comissão da Ordem Social e, de lá, foi para a Comissão de Sistematização, que era responsável por elaborar o projeto final da Constituição de 1988. Nessa etapa, o movimento sanitário, representado por Sergio Arouca, apresentou ao Congresso uma Emenda Popular, que agregava ao documento analisado anteriormente mais de 50 mil assinaturas. A Emenda Popular basicamente ratificava toda a consolidação das nossas ideias desde a década de 1970. O que temos hoje no texto constitucional é resultado dessa história toda (CNS, 2019).

Ante os ataques neoliberais e as contrarreformas do Estado brasileiro, faz-se necessário continuamente o reavivamento histórico das lutas pela efetivação da Saúde como direito social diante das forças contrárias.

### Mapa conceitual: Conceito Ampliado de Saúde



Produção autoral com base no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde.

## 2.2 Reforma Sanitária e SUS

Destaca-se que foram reconhecidos diferentes conceitos de Saúde a partir de marcos históricos, ideológicos e políticos. Nesse sentido, a década de 1980, demarcou grandes avanços e, no Brasil, contribuiu para a conquista do sistema de Saúde “como direito de todos e dever do Estado” (CF, 1988).

Cabe situar a assistência à Saúde no Brasil em tempos que antecedem 1980 e a virada, atravessada pelos ideais da Reforma Sanitária Brasileira, que resultou na constituição do SUS. No século XX, a Saúde foi pautada como demanda da classe trabalhadora frente ao panorama da economia capitalista e o trabalho assalariado. Em 1923, configura-se a oferta da Saúde em caráter contributivo para parcela de

trabalhadores/as formais pela criação de Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), gerenciadas por empresas privadas, em que “foram previstos: assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria, [...] pensão para os dependentes e auxílio funeral” (Bravo, 1999 Apud Bravo, 2000, p. 03). As CAPs eram financiadas pela União, empresas empregadoras e pelos empregados.

Bravo (2000) destaca que, a partir de 1930, a Política de Saúde foi moldada em caráter nacional, atuando sobre dois eixos: a Saúde pública e a medicina previdenciária. A Saúde pública “financiada pelos recursos do Tesouro Nacional” (Ponte, 2010, p. 117) voltando-se a uma conservação irrisória na Saúde da população. A medicina previdenciária, conforme Ponte (2010), voltava-se para o atendimento individualizado de cunho medicalizador que “caracterizava-se, assim, como essencialmente hospitalar, curativa e empresarial” (Hamilton; Fonseca, 2003 apud Ponte, 2010, p. 120).

De acordo com Cohn (2003), no período de 1933 a 1938 as CAPS são unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), passando a abranger os trabalhadores de acordo com suas categorias profissionais. Cohn (2003) salienta o seguinte:

a mudança não é apenas de sigla: os Institutos agora são de caráter nacional, segmentando os trabalhadores por inserção nos diferentes setores de atividade e se, tal como as CAPs, são juridicamente concebidos como entidades públicas autárquicas, delas se diferenciam pela presença direta do Estado na sua administração (Cohn, 2003, p. 17).

Conforme Bravo (2000), há ligação intrínseca dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) com a medicina previdenciária. A autora salienta que, no período de 1930 a 1940, a prestação de serviços de Saúde pública para a considerável população de trabalhadores/as informais era limitada, focando principalmente em ações de combate a endemias. Ao abordar os anos subsequentes, ressalta que:

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. A situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50, 56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), 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, 1999 Apud Bravo, 2000, p. 05).

No período pós 1964, “o Estado vai intervir no binômio repressão-assistência” (Bravo, 2012, p .27). Conforme Behring e Boschetti (2008) há expansão das políticas sociais, todavia no molde conservador, de garantia de alguns direitos sociais, mas com restrição de direitos civis e políticos, afastamento da classe trabalhadora da arena política. Deu-se a criação do Ministério da Previdência Social e Assistência Social; visualiza-se um amparo institucionalizado, um alargamento de trabalhadores nos serviços governamentais, e acessos aos programas de Saúde formalizados. Na habitação, há incentivo a financiamentos no Banco Nacional de Habitação. A abertura das políticas no cenário ditatorial favoreceu as ideias da classe dominante, respondendo à necessidade do capital, gerando demanda pelos interesses econômicos, laços com empresas internacionais e externalizando assim as políticas no semblante tecnocrático e conservador.

Para Bravo (2000), o Estado militar (1964-1985) permaneceu atuando sob a lógica de supervalorização da medicina previdenciária. Em 1966 houve a fusão dos IAPs, que resultou na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), prestando assistência à Saúde aos trabalhadores/as, unificando ações da previdência dos trabalhadores/as do setor privado. Já em 1977, deu-se a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Enfatizou-se a medicina previdenciária, predominantemente privada e condicionada a atuar sobre as doenças, sendo este um campo lucrativo. Em contraposição a esse panorama privatista, articula-se o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), o qual, segundo Bravo, “consiste na organização dos setores progressistas de profissionais de Saúde pública, que colocou em debate a relação da prática em Saúde com a estrutura de classes da sociedade” (Bravo, 2012, p. 33). Santos evidencia o seguinte: “nos anos 1970, essa política enfrenta permanentes conflitos entre os interesses antagônicos apontados pelo setor estatal, empresarial e a própria emergência do movimento social da Saúde: o movimento sanitário” (Santos, 2013, p. 235).

No entanto, as lutas sociais persistem. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, emerge a partir dos anos 1970 e se posiciona com pensamento crítico sobre a Saúde, propondo um sistema de ampla cobertura para a Saúde da população. Em todo o país, as bases para o movimento sanitário foram dimensionadas por bases

universitárias, “articulando lutas sociais com a produção de conhecimentos” (Paim, 2009, p. 29), na reconfiguração do sentido de Saúde. Segundo Fleury (1997):

um movimento postulando a democratização da saúde, justamente num período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura. Estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde passaram a defender mudanças na saúde, culminando com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976 (Fleury, 1997 apud Paim, 2007).

Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contra-propostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (Bravo, 2008, p. 95).

De acordo com Teixeira (1989 apud Soares, 2010, p. 38), três aspectos fundamentais do Movimento de Reforma Sanitária foram “a politização da Saúde, a mudança da norma constitucional e a alteração do arcabouço institucional dos fundamentos e práticas institucionais”. Dentre suas propostas que derivaram na criação do SUS. Outrossim, Santos destaca o seguinte:

o movimento sanitário não aparece isolado do contexto histórico vivenciado nos anos de 1970 no Brasil. Paralelamente, evidencia-se a crise do milagre econômico no país, que permitiu o surgimento no cenário político de alguns atores sociais, como o sindicalismo operário, os trabalhadores rurais, um percentual da Igreja, alinhando-se a certos grupos de trabalhadores, e, também, a outros movimentos sociais urbanos. A dívida externa, a taxa inflacionária crescente e a recessão econômica possibilitaram desgastes para o sistema econômico e ocasionaram a insatisfação de certos setores da média e da pequena burguesia, o que fortalecia os movimentos sociais emergentes nesse período (Santos, 2013, p. 235).

Para além da Saúde, no plano histórico da sociedade brasileira da década de 1980, externalizava um processo de transição democrática resultante da ampla mobilização e organização de movimentos sociais, pautas reivindicativas e agendas de luta que confluíram para a derrocada da ditadura civil-militar. É relevante evidenciar o engajamento e mobilização de vários setores da população brasileira em favor da retomada da democracia e de seus direitos. Inserido a esse contexto, cabe ressaltar como exemplo, o movimento das “Diretas Já”, ocorrido nos anos de 1983 e 1984, com a defesa do Projeto de Emenda Dante de Oliveira, que almejava a retomada das eleições diretas no ano de 1985. A emenda não foi aprovada no Congresso e as eleições diretas somente ocorreram em 1989; a eleição de 1985 foi indireta e resultou

na eleição de Tancredo Neves e José Sarney como Presidente e Vice-presidente, respectivamente. Constata-se, entretanto, que as lutas sociais foram elemento fundamental para a quebra do percurso ditatorial e um passo enorme em favor da democracia e na luta pelos direitos humanos, civis, políticos e sociais no país.

No movimento pela democratização do Brasil, toda essa efervescência política culminou na propositura e conquista da Constituição de 1988, que consolidou a garantia de direitos sociais inéditos à população brasileira. Dessa forma, elucida-se como esse período foi marcado pelo reconhecimento de reivindicações e demandas de diversos segmentos e movimentos sociais, que atuaram em prol da democracia e de uma nova configuração de Estado, o qual deveria atuar no atendimento das necessidades humanas da nação.

Quanto à Saúde, sob o lema histórico da Reforma Sanitária e parafraseada pelo sanitarista Sérgio Arouca: "democracia é Saúde, Saúde é democracia!" (Arouca, 1986, 16min58s.). A constituição do SUS é proveniente das lutas sociais, da efervescência dos anos 1980 e da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), marco inédito, significativo e histórico no debate de Saúde. A VIII Conferência ocorreu entre os dias 17 a 21 de março de 1986, no Ginásio Nilson Nelson em 1986 em Brasília, com forte presença da sociedade civil aberta à participação popular e com a presença do Movimento da Reforma Sanitária.

Antes do primeiro dia oficial da Conferência, houve em nível nacional, a chamada para discussão sobre Saúde, "como estratégia de preparação e mobilização para o evento foram realizadas Pré-Conferências em quase todos os estados brasileiros, seguindo temário pré-estabelecido" (Bravo, 2008, p. 96). O sanitarista Sérgio Arouca, na abertura da VIII Conferência Nacional de Saúde expõe o seguinte em relação às pré-conferências de Saúde:

então se chegou a outra solução de imaginar que a Conferência Nacional de Saúde, se ela quer na realidade que uma política de saúde seja implantada, que seja colocada ao nível da Constituição Nacional, que a Conferência de Saúde não poderia ser 4 dias. Ela era todas as pré-conferências que aconteceram, ela é nesses quatro dias de um grande Plenário Nacional e ela deve se expandir a partir de março até outubro da discussão de todos esses temas. E a conferência deixou de ser quatro dias para ser um grande processo durante o ano todo e que mobilizando a sociedade brasileira, a ciência, a academia, os profissionais, efetivamente possa caminhar, para construção de um grande projeto nacional na área da saúde (Arouca, 1986, 30min51s.).

O pesquisador ressalta a ampla participação e discussão nas pré-conferências e aponta que a Conferência se iniciou desde os encontros municipais e

debates em São Paulo, no Pará, em Alagoas e no Interior do Paraná (Arouca, 1986, 28min40s.). Para ele, esse pré-debate adentrou as “Instituições, Sindicatos, Conselhos Regionais de Saúde, que durante os últimos meses de uma forma ou de outra discutiram a situação de Saúde” (Arouca, 1986, 28min52s.).

Mobilizada pela defesa da Saúde como direito de cidadania e dever do Estado, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), “contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados[...]um marco, pois introduziu no cenário da discussão da Saúde a sociedade” (Bravo, 2008, p. 09). O relatório final apontou a concepção ampliada de Saúde, para além da ausência de doenças, mas como conjunto de determinações que compõem o estado de Saúde. A discussão de Saúde como direito, impescindia do debate sobre reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial (CNS, 1986). Sobre o marco da Conferência, Bravo aponta que:

a VIII Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores[..]representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (Bravo, 2008, p. 96).

A partir das lutas sociais e do marco legal constitucional de 1988, o SUS se estabeleceu como política pública, resultante das lutas por direitos e acesso à Saúde, em especial do Movimento de Reforma Sanitária, visto que ao longo da trajetória do movimento sanitário, foi possível indicar estratégias de fortalecimento para a Saúde, pública, contrapondo-se ao modelo de privilegiamento do mercado. Movidos por ideais democratizantes, vão sendo constituídos conselhos populares, com vistas a fomentar/fortalecer a participação social nas discussões acerca das políticas sociais, o que inclui pensar o direito à Saúde. Assim, a sociedade civil teve forte presença na construção própria dos direitos. Concordando com Soares quando afirma que o SUS foi:

pautado numa racionalidade político-emancipatória, foi concebido como proposta de ruptura com a racionalidade instrumental e burocrática anterior na política de saúde. E para isso, além das ações de assistência à saúde, está centrado nas ações de prevenção e promoção à saúde, possibilitando a participação social por meio do controle social, as ações de educação em saúde, entre outros (Soares, 2010, p. 16).

Com o SUS, a concepção de Saúde transita de benefício previdenciário para direito universal e isto não é pouca coisa. A nova Constituição, no Artigo 196, estabelece a Saúde como direito universal e dever do Estado à toda a população brasileira.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, 1988. Art. 196).

A Seção II denominada da Saúde, contempla também os artigos 197, 198, 199 e o 200 e estabelece asseguramentos referentes à Saúde, conforme segue:

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

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. § 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. § 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

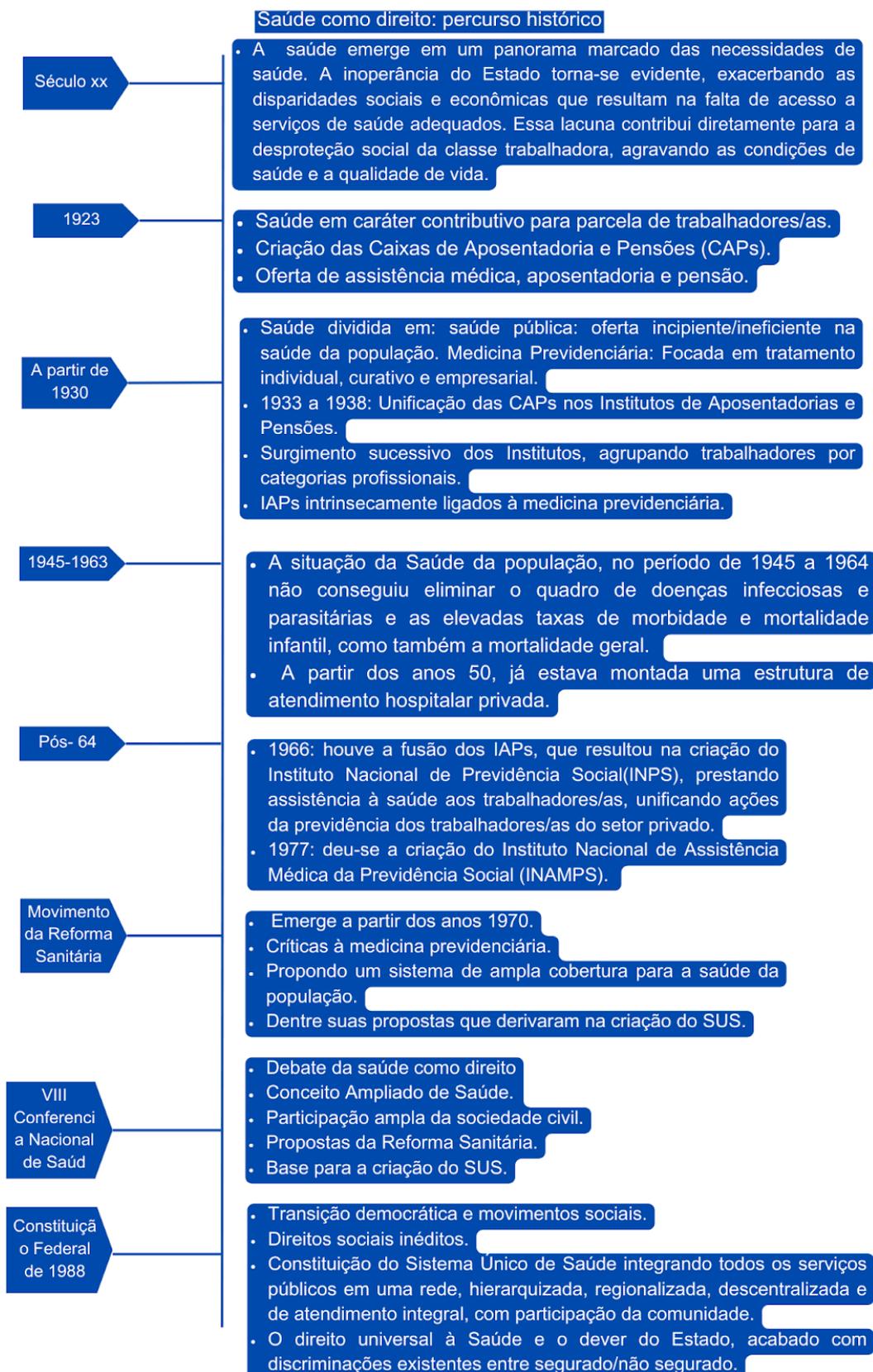
Mais adiante, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentará o SUS sob três princípios fundamentais, que são: universalidade, integralidade e equidade. “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (CF, 1988). E de acordo com o art. 3º da Lei 8.080/90:

os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990, art. 3º).

Posteriormente a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dimensiona o controle social e o financiamento do SUS, “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências” (Brasil, 1990). A Lei 8.142/90 é composta por 07 artigos que tratam da participação e do controle social da população no SUS, cujo exercício se dará a partir das instâncias colegiadas, os conselhos e as conferências de Saúde quadriênicas. As Leis 8.080/90 e 8.142/90, compõem a Lei Orgânica da Saúde. Sobre a participação social nas conferências de Saúde, Correia discorre:

a participação social na área da saúde foi concebida na perspectiva do controle social no sentido de os setores organizados na sociedade civil participarem desde as suas formulações - planos, programas e projetos –, acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade. Foi institucionalizada na Lei 8.142/90, através das Conferências que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo, e através dos Conselhos, que são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários, que congregam setores organizados na sociedade civil, e os demais segmentos (gestores públicos e privados e trabalhadores da saúde), e que objetivam tal controle (Correia, 2007, p. 15).

**Mapa conceitual: Saúde como direito: percurso histórico**



Produção autoral com base nas obras de Bravo (2000, 2008, 1012); Cohn (2003) e o Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde

### 2.3 Estado Neoliberal e contrarreformas da Saúde

A trajetória histórica de Saúde no Brasil fomentada a partir dos anos 1980 apresenta importante salto qualitativo em suas bases conceituais, jurídicas e operacionais. No entanto, apesar das conquistas dos anos 1980, anteriormente abordadas, a década de 1990 se caracterizará por uma guinada neoliberal do Estado brasileiro que ameaça a efetivação das conquistas sociais, entre estas o SUS, com vistas ao privilegiamento do projeto privatista. Nesse sentido, é preciso contextualizar o Estado neoliberal e o projeto de Saúde articulado ao mercado, como pontua Bravo (2000).

Dois projetos convivem em tensão: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990 (Bravo, 1999 Apud Bravo, 2000, p. 14).

Lopes (2011) aponta o antagonismo entre os direitos afiançados na Constituição Federal de 1988 e a agenda neoliberal que será implantada nos governos da década de 1990. Sob o receituário neoliberal, a Constituição assegura excessivos direitos, daí a necessidade de reforma do Estado, da mercantilização dos direitos e da cessão das funções estatais ao mercado.

O neoliberalismo é um modelo econômico, político e ideológico que toma por base o liberalismo. Behring e Boschetti pontuam que o liberalismo foi concebido

pelos teses de David Ricardo e, sobretudo de Adam Smith (2003), que formula a justificativa econômica para a necessidade e incessante busca do interesse individual [...] o predomínio do mercado como supremo regulador das relações sociais, contudo, só pode se realizar na condição de uma suposta ausência de intervenção estatal. O papel do Estado, uma espécie de mal necessário na perspectiva do liberalismo[...]Adam Smith criticou duramente o “Estado intervencionista e o Estado mercantilista”, mas não defendeu sua extinção. Ao contrário, reafirmava a necessidade da existência de um corpo de leis e a ação do Estado que garantisse maior liberdade ao mercado livre (Behring; Boschetti, 2009, p. 56).

O ideário neoliberal reedita tal modelo econômico. De acordo com Netto (1993), o neoliberalismo resulta em um Estado mínimo para o social e máximo para o capital. Conforme Anderson (1995), “foi uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar” (Anderson, 1995, p. 01). O processo de expansão do neoliberalismo responde à nova crise econômica mundial, que tem início nos anos 1970; propõe medidas econômicas austeras para saída dessa crise, alternativa salvadora da economia. Desse modo, “a proposta é reduzir despesas (e, em especial, os gastos sociais), diminuir atendimentos, restringir meios financeiros,

materiais e humanos para implementação dos projetos” (Iamamoto, 2001, p. 20), com a implementação das “políticas de ajuste preconizadas pelo “Consenso de Washington”.

O “Consenso de Washington” reforça o ideal da implementação do neoliberalismo, à medida que foi um conjunto de recomendações políticas econômicas no contexto da crise e de países endividados, recomendações feitas por instituições financeiras internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM). Durante os anos 1980 e 1990, especialmente na América Latina. Conforme Williamson (1989), o Consenso refere-se ao conjunto de políticas econômicas que os países endividados deveriam adotar para alcançar estabilidade macroeconômica.

As características centrais, conforme delineadas por Williamson (1989), incluem medidas como disciplina fiscal, estabilidade de preços, reformas tributárias, liberalização comercial, taxas de câmbio competitivas, liberalização financeira, privatização de empresas estatais e desregulamentação. Isto é, percebe-se a ênfase excessiva em políticas neoliberais, de ajuste, privatização, desregulamentação e redução do papel do Estado.

No receituário neoliberal são previstas cortes orçamentários, privatizações, focalização das políticas sociais, com forte impacto para a classe trabalhadora na precarização do trabalho e no aumento do desemprego; em simultâneo à ampliação do capital, do privado e do mercado. Dessa forma, sistematizado pela globalização econômica alinhado à mundialização do capital, nos anos 1990 que o modelo neoliberal atravessa o Brasil. De acordo com Draibe (2003), o Brasil enfrentava um contexto marcado por instabilidades e mudanças no cenário político e econômico. Sob comando do então Presidente Fernando Collor de Mello, o Brasil iniciou o processo de instauração de uma política de governo liberal no país. As medidas insatisfatórias visando conter a inflação e recuperar a economia, e com escândalos de corrupção ligados diretamente a ele, sob pressão popular, sofre impeachment e perde o cargo de Presidente da República. Após sua saída, assume o vice Itamar Franco, até que novas eleições ocorram, em 1994, quando é eleito o Presidente Fernando Henrique Cardoso.

“A partir da instituição do Plano Real, em 1994[...] Houve desmonte (Lesbaupin, 1999) e a destruição (Tavares, 1999), numa espécie de reformatação do Estado brasileiro para adaptação passiva à lógica do capital “(Behring; Boschetti,

2008, p. 151). O Estado brasileiro passa a ser pautado por uma política nacional de desestatização, a chamada “Contrarreforma do Estado” conforme Behring e Boschetti (2008).

Reformando-se o Estado, com ênfase especial nas privatizações e na previdência social, e, acima de tudo, desprezando as conquistas de 1998 no terreno da seguridade social e outros – a carta constitucional era vista como perdulária e atrasada -, estaria aberto o caminho para o novo “projeto de modernidade”. O principal documento orientador dessa projeção foi o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE/MARE, 1995), amplamente afinado com as formulações de Bresser Pereira, então à frente do Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE) (Behring; Boschetti, 2008, p. 148).

As medidas liberais iniciadas por Collor, foram intensificadas por seu sucessor (Ferrer, 2006), assim foram privatizadas diversas empresas e o Estado se afastou do criticado papel de “Estado-empresa” para ser um “Estado-responsável apenas pela fiscalização” (Ferrer, 2006).

Ao abandonar o papel de Estado-empresa, o Governo não estará furtando-se às suas obrigações básicas, mas sim viabilizando o papel de Estado regulador. Ao conceder serviços públicos ao setor privado, o Estado poderá dedicar-se mais adequada e exclusivamente às atividades de regulação e fiscalização desses serviços, tarefas essenciais para desenvolvimento econômico e social do País (Governo Federal, 1995 apud Ferrer, 2006).

O discurso é de “ampla reestruturação industrial”, tornando a economia mais competitiva, até para competir com países mais avançados no quesito industrialização (Governo Federal, 1998 apud Ferrer, 2006). Como consequência, o país passa a enfrentar altas taxas de desemprego, que tem relação direta com o modo pelo qual a política econômica é efetuada: além da alta inserção tecnológica no meio industrial, há a valorização dos produtos importados, o que dificulta o desenvolvimento da indústria nacional. Trata-se de um desemprego não mais cíclico, e sim estrutural (Ferrer, 2006).

Tal processo de constante aviltamento dos direitos e de um ciclo de contrarreformas antagônicas, ameaça frontalmente as conquistas sociais de 1988; o objetivo sempre foi impedir o desenvolvimento do possível recém-nascido Estado social e implantar o Estado neoliberal. O neoliberalismo fixa o momento retrógrado das políticas sociais, inclusive a da Política de Saúde, pelo enfoque neoliberal privatizante. “A partir dos anos 1990, inicia-se o processo de contrarreforma do Estado brasileiro e seus primeiros impactos sobre o recém-criado SUS” (Soares, 2020, p.61). A autora ressalta o avanço de um Estado Neoliberal com incentivo ao setor privado

(mesmo com a presença do público) pela ótica das contrarreformas na Saúde, iniciadas no governo de Collor:

O período de seu curto mandato marcou o início da implementação do SUS, que sofreu inúmeras investidas em meio ao momento de refluxo dos movimentos sociais e do movimento de reforma sanitária. Tais investidas se caracterizaram pela inviabilização do sistema na forma de seu marco legal constitucional, pela tentativa de não regulamentação da descentralização e da participação social, pela redução do volume de recursos para a saúde, pelo adiamento sistemático da 9 conferência Nacional de Saúde, pela reprodução de políticas racionalizadoras, contencionistas e de ações pontuais no âmbito da saúde pública, com valorização do mercado privado de saúde (Soares, 2020, p. 62).

Sobre o projeto privatista, este pressupõe a redução de despesas e desresponsabilização do Estado; a transferência do seu dever para outro setor — a sociedade civil — Bravo pontua o seguinte sobre isto:

a proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. **A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise.** A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos.[...] Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa **havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde** (Bravo, 2000, p. 14, grifo nosso).

Sobre a Reforma Sanitária e a regressão do que foi projetado nos anos 1990, “em meio aos tensionamentos e resistências do movimento sanitário – que se encontrava enfraquecido, mas permanecia presente” (Soares, 2020, p. 63), a reforma sanitária não se ausenta do embate, mas está menos potente em sua combatividade. Críticos do Estado neoliberal e defensores do SUS, destacam que já “em sua primeira entrevista coletiva, depois de eleito, o Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) declarou que iria priorizar educação e Saúde” (Dimenstein, 1994 apud Paim, 2008, p. 203). Em vista disso, percebe-se o sentido que FHC prioriza sobre educação e Saúde, isto é, a de âmbito privado. Para mais, “a implantação de mais um plano de estabilização econômica no ano anterior - o Plano Real, teve desdobramentos com um conjunto de políticas de ajuste macroeconômico e um elenco de projetos de Reforma do Estado[...].” (Paim, 2008, p. 203).

Quanto à Política de Saúde, houve avanços e retrocessos inscritos nos processos de contrarreformas desde os anos de 1990. Os governos do Partido dos

Trabalhadores (PT), expressivos nos três mandatos do governo Lula (2003-2011) e um e meio mandato do governo Dilma (2011-2016), representaram um horizonte progressista e com manutenção de uma programática social. Se deu pela queda de influência de FHC, visto que “as reformas dos anos 1990 fracassaram em termos de crescimento econômico, geração de emprego e renda, contribuindo para o agravamento da miséria e da exclusão social” (Teixeira; Pinho, 2018, p. 18). Ademais, apesar “[...] das pressões do mercado financeiro, Lula da Silva é eleito em 2002[...]” (Pinho, 2016a, 2016b apud Teixeira; Pinho, 2018, p. 18).

Conforme ressaltado por Krein, Santos e Nunes (2012, p. 24), ao longo dos dois mandatos do governo Lula, pode-se destacar o relevante papel das políticas públicas. O planejamento governamental estava alinhado com as demandas por melhores salários, jornadas de trabalho reduzidas e maior representatividade nas organizações sindicais e trabalhistas. Nesse sentido, os programas e projetos implementados durante os mandatos de Lula, resultaram em melhorias tangíveis nas condições de vida da população. O legado deixado por esse governo é notável no âmbito social, porém

apesar da importância das políticas de redistribuição de renda e inclusão social, a manutenção das linhas gerais do regime de política econômica (com exceção da maior flexibilidade da política fiscal a partir de 2005) foi reflexo da manutenção do bloco no poder do período FHC (Teixeira; Pinto, 2012, p. 936).

As promissoras expectativas de um governo progressista popular, não se concretizaram, porque o governo não rompeu com a lógica privatizante. Dessa forma, houve profundas críticas à dualidade de interesses que o governo Lula conservou durante seus mandatos: por vezes o atendimento das necessidades da classe trabalhadora, mas também a favor do mercado privado. Nesse sentido, Boschetti e Teixeira (2019), situam que a política social serviu para reprodução social da vida, com avanços limitados, como

a recomposição do valor do salário-mínimo, a instituição do Bolsa Família, o aumento de vagas em universidades públicas. A política de conciliação de classes, contudo, se revelou insustentável e se dobrou aos interesses do capital, sendo um dos maiores exemplos a entrega da previdência e da saúde ao mercado privado. Na previdência, as contrarreformas nos anos 1998, 2003 e 2015 fortaleceram os planos privados por capitalização. Na saúde, a mercantilização destrói direta e indiretamente o SUS, por meio das Organizações Sociais da Saúde (OSS), criadas em 1998 e fortalecidas nos anos subsequentes, pela possibilidade de transformação dos Hospitais Universitários em Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh)-instituída decreto no último dia do governo Lula em 2010 e regulamentada pelo governo Dilma em 2011, apesar das lutas sociais contrárias à sua

criação, e também por meio da regulamentação dos planos privados (Boschetti; Teixeira, 2019, p. 68).

Sobre o governo Dilma (2011-2016), Reis e Paim (2018), destacam que a Presidenta Dilma “realizou um programa buscando o crescimento econômico e o desenvolvimento do capitalismo brasileiro, com alguma transferência de renda, sem romper com os limites impostos pelo modelo econômico neoliberal” (Reis; Paim, 2018, p. 103). De todo modo, os governos Lula e Dilma incentivaram políticas sociais com tímidos, mas consideráveis avanços. Destaca-se que isso é o previsto na ordem burguesa.

O período que se iniciou em 2016, com o golpe parlamentar que ocasionou o impeachment da Presidenta Dilma Rousseff e a ascensão do Vice-presidente Michel Temer à Presidência da República, adensou a ofensiva burguesa neoliberal, acrescido do caráter antipopular e antidemocrático. Estabeleceu-se no país um ciclo de destruição do ideal de cidadania preconizado na Constituição Federal de 1988. Nesse sentido, o golpe de 2016, fortaleceu e aligeirou a implementação do neoliberalismo no Estado brasileiro, sob o comando de Michel Temer.

Conforme Bravo, Pelaez e Menezes (2019, p. 10) “de maneira ilegítima, Michel Temer, representando os setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade brasileira”. Temer priorizou acelerar os processos de contrarreforma preconizando o congelamento de recursos para políticas sociais por 20 anos. Conforme Soares (2020), umas das principais formas de desmonte, foi a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, conhecida como “PEC da morte”, situada no congelamento dos investimentos/gastos públicos. Esse congelamento que foi conduzido através da PEC, resultou e intensificou o desmantelamento da Política de Saúde reverberando até os dias atuais. Bravo e Pelaez (2018), destacam que

no governo Temer tem-se a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, cortes orçamentários na política de saúde; a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB; articulação efetiva com o setor privado através da Coalizão Saúde (Bravo; Pelaez, 2018, p. 07).

Os chamados "planos de Saúde acessíveis" foram criticados como um grande ataque ao SUS e à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), demonstrando efetiva articulação com o setor privado através da Coalizão Saúde. No documento intitulado "Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de Saúde", elaborado

em 2017 pelo Instituto Coalizão Brasil, o setor privado estruturou suas concepções e ações. O documento foi considerado como a medida mais importante do setor privado desse tempo, pois aborda diretamente as diversas problemáticas do SUS - cabe ressaltar, engendradas em processos contínuos de sucateamento e desfinanciamento estatal - e apresenta um plano detalhado para superá-las. “O documento final foi elaborado por 80 especialistas e 30 instituições. A tese defendida pelo grupo é a de que os setores público e privado precisam construir uma rede integrada de cuidados contínuos” (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018, p. 16). O objetivo desta coalizão seria enfrentar os desafios e construir um novo modelo de Saúde para todos os brasileiros, sendo que, em verdade, a pretensão é “[...]a continuidade do projeto privatista e a consolidação de um quarto projeto para a Saúde, que é o do SUS totalmente submetido ao mercado” (Bravo, Pelaez; Menezes, 2019, p. 11). Em suma, repete-se a tática de tornar o Estado mínimo para as necessidades sociais e em benefício do capital privado. Soares (2020) discute o seguinte:

no governo Temer, há uma captura do Estado pelos interesses do grande capital portador de juros e dos grandes grupos corporativos nacionais e internacionais, que passaram a instrumentalizar e direcionar a política de saúde quase que diretamente, como se os “donos” do mercado também passassem a ser, inclusive explicitamente, os “donos do poder” (Soares, 2020, p. 289).

Segundo Bravo, Pelaez e Menezes (2019), sobre o SUS e setor privado:

nesta direção, objetiva-se tornar o SUS cada vez mais funcional ao capital, sem precisar propor seu fim. Trata-se de extinguir o princípio da universalidade da saúde, por meio da proposição da cobertura universal, com a manutenção do SUS e a proposição de arranjos e modelos de gestão que incorpore grupos privados para tal cobertura. Assim, não há interesse em pautar a destruição do SUS, haja vista que mesmo com tal sistema o Estado é o maior patrocinador de planos de saúde privados, significativo nicho de lucratividade do capital apesar do advento do SUS (Bravo; Pelaez; Menezes, 2019, p. 11).

Dando continuidade a essa agenda regressiva na política brasileira, para Coutinho (2021, p. 234), a eleição e a ascensão de Jair Messias Bolsonaro no cenário político se destacam pela construção cuidadosa de sua imagem como um candidato antissistema. Sua estratégia envolveu uma abordagem que o posicionou como defensor da família e explorou o sentimento antipetista. O governo de Bolsonaro (2019-2022) conduziu uma política conservadora agindo no desmonte e cortes severos do orçamento das políticas sociais, sendo que sua gestão [...] “ganha contornos bem particulares [...], fundamentalismo religioso e servindo de esteio para justificar a profunda desresponsabilização do Estado, inclusive no que se refere ao

direito à Saúde” (Soares, 2020, p. 291). Sobre a Política de Saúde no governo Bolsonaro, Souza e Lima (2019), discorrem que:

as principais medidas do Governo Bolsonaro no campo da saúde, no primeiro semestre de gestão, perpassam pela fragilização da Atenção Básica em Saúde (ABS), com o fim do contrato do Programa Mais Médicos (PMM) com Cuba; a proposta de criação de voucher ou bolsa-saúde; o avanço da contrarreforma no campo da saúde mental; o ataque à saúde indígena; o retrocesso no campo da educação em saúde; a defesa da reforma do SUS, proposta pelo Banco Mundial; por fim, os retrocessos derivados da nova estrutura do Ministério da Saúde (Souza; Lima, 2019, p. 04).

Nesse cenário, intensificaram-se os desmontes. A implementação do Novo Regime Fiscal, debatido por Boschetti e Teixeira (2019), instituído com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 de 2016, pode apontar que o golpe foi gestado pelo conservadorismo acompanhado pelo crescimento da influência da extrema-direita. Desde então, explicita-se um projeto de desresponsabilização do Estado, alinhado aos interesses do grande capital e comprometida com uma perspectiva mercantil em relação aos direitos sociais. No contexto pandêmico, a gestão federal foi considerada desastrosa na tomada de adequadas providências para contenção do vírus sars-cov2 e para a defesa da vida da população brasileira, inclusive com intenso discurso de desqualificação da ciência e das vacinas. A intermitência de ministros da Saúde, o discurso negacionista e anticientífico imperou deixando marcas profundas pelo elevadíssimo número de mortes no país e pela crise econômica que penalizou e ainda repercute na vida da classe trabalhadora.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), em 31 de dezembro de 2019, foram relatados múltiplos casos de pneumonia em Wuhan, China, causados por um novo tipo de coronavírus. A rápida disseminação global do vírus levou a OMS a declarar uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional em 30 de janeiro de 2020. Naquele momento, o vírus já havia se espalhado para vários países, destacando a preocupação com sistemas de saúde menos preparados (OPAS, 2020).

No Brasil, o primeiro caso foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020, em São Paulo, e a declaração de pandemia ocorreu em 11 de março de 2020. Internacionalmente, entidades científicas, como a OMS, desempenharam um papel fundamental na distribuição de orientações e protocolos para conter a propagação do vírus e promover medidas de proteção.

No caso brasileiro, o executivo federal não se comprometeu com as orientações das autoridades científicas internacionais e nacionais, recusando-se a atuar em conformidade e a adotar nacionalmente os protocolos para contenção da disseminação do vírus. Parte significativa da comunidade científica brasileira, apontou uma negligência sistêmica na conduta do chefe de Estado, Presidente Jair Bolsonaro. Foram amplamente veiculados diversos episódios, em que adotou postura contrária às recomendações de suspensão das atividades não essenciais e à decretação do isolamento social, a condução do governo foi marcada pela falta de ações efetivas e políticas direcionadas. Ademais, o Presidente assumiu posição anti-vacina e anti-ciência, que se desdobrou na ausência das providências e resultou em mais de 700 mil mortes no país. Marques e Bellini (2020, p. 1-2) apontam que “no Brasil, as ações de enfrentamento[...] desde o primeiro momento até atualmente tratam a pandemia como uma doença secundária “.

Durante o ciclo da pandemia, especialistas em Saúde pública, em Saúde coletiva e amplos setores profissionais e populares posicionaram-se contra a posição adotada pelo governo Bolsonaro e, criticamente, responsabilizaram a gestão federal pela falta de compromisso com a Saúde da população, posturas negacionistas, desincentivo à vacinação e o aligeiramento da política ultra neoliberal conservadora em detrimento das necessidades humanas que se tornaram profundamente agravadas naquele contexto de desemprego estrutural e de retração das atividades econômicas, sobretudo para a classe trabalhadora brasileira que atua prioritariamente na informalidade.

“Milhares de vidas interrompidas e famílias enlutadas poderiam ter histórias diferentes com a vacinação” (OMS, 2023), ante a compra e distribuição tardia das vacinas, somadas ao discurso negacionista adotado pelo presidente Bolsonaro, tornaram-se elementos cruciais na dificuldade de controlar a disseminação do vírus. A hesitação em adotar medidas eficazes, aliada à minimização da importância da imunização, gerou um ambiente propício para a propagação do coronavírus. Foram tempos marcados por excesso do número de internações, UTIs lotadas e a convivência diária com a morte, dada a combinação de faltas da diligência do Estado na aquisição equipamentos de proteção individual para profissionais, compra de vacinas, elaboração de um plano nacional de enfrentamento.

Prevaleceu o projeto privatista da Saúde como mercadoria e não como “direito e dever do Estado”. Soares, Melo e Vieira (2021) discutem algumas negligências do governo Bolsonaro, perante a pandemia da Covid-19:

essa posição de defesa das medidas de distanciamento e isolamento social, com fechamento de escolas, universidades, comércio e indústrias, liberando apenas as atividades essenciais, gerou uma discordância do presidente da República Jair Bolsonaro, agravada pelo fato deste defender o uso de cloroquina e hidroxiclороquina para prevenção e tratamento da Covid-19, contrariando evidências clínicas e sem o apoio do ministro da Saúde e das orientações da OMS (Soares; Melo; Vieira, 2021, p. 31).

O governo Bolsonaro cedeu lugar ao terceiro mandato do Presidente Lula que tomou posse em 1º de janeiro de 2023. A eleição de Lula parece apontar para uma função valiosa de recuperação das políticas públicas. No tocante à Saúde, a chegada da Ministra Nísia Trindade Lima, recupera a defesa do SUS, suas bases científicas e a importância do Programa Nacional de Imunizações. Todavia, de acordo com Silva (2023) quando se trata do orçamento da Política de Saúde, nota-se a predominância de cortes, congelamento de investimentos e gastos sociais. Os 12 (doze) primeiros meses, revelam que não houve recuperação do orçamento e a nitidez da dualidade de interesses, em que por vezes há atendimento das necessidades da classe trabalhadora, mas também das tendências privatistas, de continuidade em relação a matriz neoliberal.

A partir desta breve contextualização, explicita-se o embate público-privado, a correlação de forças e seus atravessamentos. Nota-se a importante trajetória de lutas pela Saúde, as conquistas históricas, a concepção ampliada de Saúde, a intensa mobilização do Movimento de Reforma Sanitária, os novos marcos legais estabelecidos. Ainda se nos impõe a tarefa de “lutar na transformação do SUS legal em SUS real” (Vasconcelos, 2010, p. 04). O SUS encontra-se estabelecido legal e institucionalmente, assentado sob princípios civilizatórios, mas sofre ameaças à sua implementação visto o panorama de contrarreformas contínuas no âmbito do Estado.

### **3. SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE**

Neste capítulo, será abordado a Saúde como campo de atuação da/o assistente social e das intervenções profissionais junto à população usuária frente às demandas postas e aos desafios presentes no cotidiano. Na primeira subseção, será destacada a atuação da/o assistente social, que impescinde da apreensão da totalidade da realidade social, e aponta as atribuições privativas e competências desse profissional. Na segunda subseção, dialogaremos a partir de materiais

produzidos pelo Conjunto Conselho Federal de Serviço Social e Conselhos Regionais de Serviço Social (CFESS-CRESS) - textos de apoio, Resoluções - como subsídios à atuação profissional na Política de Saúde -, e pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa de Serviço Social (ABEPSS). Nesse sentido, pretende-se destacar eixos centrais apontados para o exercício profissional na Saúde.

### 3.1 Atuação da/o assistente social: Atribuições, competências e estratégias

A Lei 8.662/93 regula a profissão da/o assistente social no Brasil e representa um marco histórico na consolidação profissional. É resultado de vigorosa mobilização da categoria e espelha uma conquista significativa no âmbito legal, celebrando atualmente três décadas de existência. A regulamentação define as atribuições privativas e competências profissionais, sendo que enquanto as primeiras delimitam tarefas exclusivas do Serviço Social, as competências indicam atividades comuns a outras áreas profissionais, não específicas ao Serviço Social. A citada legislação, em seus Artigos 4 e 5, assim explicita as atribuições privativas e as competências profissionais:

#### Quadro: atribuições e competências

Art. 4º competências da/o Assistente Social	Art. 5º atribuições privativas da/o Assistente Social
<p>I- Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;</p> <p>II- Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;</p> <p>III- encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;</p> <p>IV- (Vetado);</p> <p>V- orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;</p> <p>VI- Planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;</p>	<p>I- Coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;</p> <p>II- Planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;</p> <p>III- assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;</p> <p>IV- Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;</p> <p>V- Assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;</p> <p>VI- Treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;</p>

<p>VII- Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;</p> <p>VIII- Prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;</p> <p>IX- Prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;</p> <p>X- Planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;</p> <p>XI- realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (Brasil, 1993, Art.4º)</p>	<p>VII- Dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;</p> <p>VIII- Dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;</p> <p>IX- Elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;</p> <p>X- Coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;</p> <p>XI- Fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;</p> <p>XII- Dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;</p> <p>XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional. (Brasil, 1993, Art.5º)</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Produção autoral com base na LEI No 8.662, DE 7 DE JUNHO DE 1993.**

Sob o panorama dessas atribuições e competências profissionais cabe ressaltar a instrumentalidade do trabalho da/o assistente social. De acordo com Guerra (2007), a instrumentalidade refere-se à capacidade, qualidade e propriedade de algo; a um determinado modo de ser da profissão. À vista disso, a profissão adquire instrumentalidade no cotidiano, como a capacidade profissional articulada ao planejamento e efetivação de respostas e intervenções profissionais na realidade social, no cotidiano dos espaços sócio-ocupacionais; A esse movimento, subjaz a leitura da realidade apoiada nas três dimensões da profissão: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. O trabalho da/o assistente social altera a vida do usuário, ao viabilizar ou negar direitos, visto que “se atuar no e sobre o cotidiano das populações menos favorecidas é um componente fundamental do Serviço Social, é com vistas a transformações nesse cotidiano que a prática profissional deve se dirigir” (Sousa, 2008, p. 126). Guerra (2000), assinala que o trabalho deve ser portador de instrumentalidade e não instrumentalizado.

Muito se confunde a instrumentalidade, abordada acima, com o conjunto de instrumentos e técnicas utilizados pelo Serviço Social, mas são distintos. Os Instrumentos são procedimentos e técnicas adotados, suas formas de registro, como:

pareceres, laudos, relatórios, entrevistas, visitas no território, orientações, entre outros, que materializam o trabalho da/o assistente social.

O projeto ético-político profissional do Serviço Social brasileiro toma por base a teoria social crítica, de base marxista, que possibilita a apreensão do real para além da aparência dos fenômenos. Para tanto, aponta-se como central a categoria teórica mediação do processo interventivo do Serviço Social Como discute Pontes sobre mediação

a categoria de mediação tanto possui a dimensão ontológica quanto a reflexiva. É ontológica porque “é uma categoria objetiva, que tem que estar presente em qualquer realidade, independente do sujeito” (Lukács, in Pontes: 1995:2) intelectual, porque a razão, para ultrapassar o plano da imediatividade(aparência), em busca da essência, tem que construir intelectivamente mediações, para reconstruir o próprio movimento do objeto. E, para melhor compreender este dinâmico e movente processo de apreensão pela razão do modo de ser de um complexo na totalidade, necessário se faz compreender a triade singular-universal-particular (Pontes, 2009, p. 09).

Outrossim, ilustrando as faces da atuação da/o assistente social na Saúde, ressalta-se a atuação da/o assistente social em sua intervenção social, com a leitura da realidade social imbuído de instrumentalidade e mediação, compreendendo os determinantes que impactam na situação de Saúde dos/das usuários/as. A profissão integra-se na composição de equipes de Saúde nos diferentes níveis de atenção do SUS e fundamenta sua intervenção na compreensão dos determinantes sociais e na articulação intra e intersectorial a fim de viabilizar o acesso a direitos, para enfrentamento das expressões da questão social no campo da Saúde. A partir da Resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), reconhece-se a/o assistente social como profissional de Saúde. Para Campanucci et al (2012), sobre o processo de inserção da/o assistente social como profissional da Saúde

tomamos como fundamento a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no 218, de 06 de março de 1997, que determinou o conjunto das profissões em saúde. Essa definição partiu do conceito presente na Constituição Federal de 1988 e também na Lei Orgânica da Saúde, além de expressar a importância da atuação interdisciplinar no âmbito dessa política. Nesse sentido, houve uma ampliação das profissões ditas “em saúde” e nelas foi incluso, formalmente o Serviço Social (Campanucci et al, 2012, p. 860).

Considerando as precárias condições materiais de existência da maioria da população brasileira e seus impactos deletérios sobre a Saúde, o Serviço Social desempenha papel estratégico para o acesso da população a direitos. Contribui a partir da ótica totalizante frente à realidade social dos/as usuários/as e contribui no

enfrentamento das demandas sociais que repercutem na Saúde para além das singularidades e dos aspectos biológicos das doenças.

### **3.2 Publicações do Conjunto CFESS-CRESS e da ABEPSS: contribuição à prática profissional na Saúde**

No que diz respeito a instituições representativas e deliberativas do Serviço Social brasileiro, destacam-se o Conjunto do Conselho Federal de Serviço Social e Conselhos Regionais de Serviço Social (CFESS-CRESS) e a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).

Conforme a Lei de Regulamentação da Profissão, Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993, os Conselhos Federal e Regionais formam, “em seu conjunto, uma entidade com personalidade jurídica e forma federativa, com o objetivo básico de disciplinar e defender o exercício da profissão de Assistente Social em todo o território nacional” (Brasil, 1993, art. 7º). Além disso, ressalta-se a importância do conjunto CFESS-CRESS à vista da representatividade jurídico-institucional da profissão, como órgão que tem a atribuição de “orientar, disciplinar, normatizar, fiscalizar e defender o exercício da profissão” no país com ações em muitas frentes.

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) é uma autarquia pública federal que tem a atribuição de orientar, disciplinar, normatizar, fiscalizar e defender o exercício profissional do/a assistente social no Brasil, em conjunto com os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS). Para além de suas atribuições, contidas na Lei 8.662/1993, a entidade vem promovendo, nos últimos 30 anos ações, políticas para a construção de um projeto de sociedade radicalmente democrático, anticapitalista e em defesa dos interesses da classe trabalhadora (CFESS, [1993- 2008?]).

No que se refere à saúde, o conjunto CFESS-CRESS posiciona-se pela defesa do SUS, como modelo de assistência universal, público, gratuito e de qualidade para toda a população brasileira. Ademais, historicamente tem produzido conteúdos importantíssimos para o exercício profissional e em defesa do projeto de Saúde pública e sob responsabilidade do Estado, em simultâneo que resiste à colocação da Saúde como negócio/mercadoria. Evidencia-se uma compreensão abrangente de Saúde, notando-se que, em suas pautas, as três dimensões profissionais - teórico metodológica, técnico-operativa e ético-política -, articulam-se.

A priori, é relevante mencionar a Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999, que no Artigo 1º caracteriza a/o assistente social como profissional de Saúde e no Artigo 2º destaca que a/o assistente social desempenha sua função na área da Saúde, sem que esta seja sua exclusividade. Essa Resolução, assim como a

Resolução nº 218, de 06 de março de 1997 do CNS, anteriormente mencionada, fornecem o respaldo à inserção da/o assistente social na esfera da Saúde.

Nesse contexto, é imperativo considerar a regulação do trabalho em Saúde e o papel essencial desempenhado pelas/os assistentes sociais no exercício profissional.

coloca-se o desafio de afirmar a profissão na saúde, sem perder de vista a formação generalista que permite esta atuação tão variada e que não se restringe a essa política pública. O/a assistente social é também um/a profissional da saúde, além das diversas áreas de atuação nas políticas sociais no Brasil. [...]Se o Serviço Social está no âmbito das profissões reconhecidas como “da saúde”, tal fato, além de ampliar as possibilidades de a saúde ser também reconhecida nos seus determinantes sociais, contribui para a intersetorialidade, na medida em que o/a assistente social não é apenas um/a profissional da área, mas das políticas sociais, na perspectiva de reafirmação crítica dos direitos sociais no Brasil. A concepção de saúde que orientou a democratização da política de saúde no país e deu suporte à criação do SUS, no contexto da política de Seguridade Social, teve a participação de assistentes sociais em sua construção, como mediação estratégica do projeto ético-político profissional (CFESS, 2013).

A concepção de trabalho da/o assistente social na Saúde condiz com a compreensão do conceito ampliado de Saúde, que considera determinantes sociais nos processos de adoecimento e a Saúde como direito. Trata-se de profissional que não atua exclusivamente na Política de Saúde, mas no âmbito das políticas sociais com o fito de viabilizar o acesso a direitos. Nos diferentes espaços sócio-ocupacionais da Saúde, integra equipes multidisciplinares e atua sobre as condições de vida, trabalho e culturais da população usuária, apoiando-se nos princípios da universalidade, equidade e participação social do SUS.

O conjunto CFESS-CRESS sistematizou reflexões e proposições sobre a atuação das/os assistentes sociais na Saúde, através de documentos, sobretudo os elencados a seguir: CFESS Manifesta Em defesa da Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político do Serviço Social na Saúde (2009), Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010) e o documento produzido no Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde (2017). O CFESS Manifesta Em defesa da Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político do Serviço Social na Saúde publicado em 2009, ressaltou o impacto da nova configuração da política de Saúde dos anos de 1990 no trabalho da/o assistente social. Nesse sentido, destacou-se a compreensão sobre Saúde, o processo de sua democratização e as alterações desencadeadas pela contrarreforma da Saúde devido à reconstrução conservadora, especialmente intensificada a partir da década de 1990; processo caracterizado por

adesão da lógica privatista e do ideal neoliberal, o qual resultou em impactos significativos no ao SUS e aos ideais da Reforma Sanitária e à concepção ampliada de Saúde.

O texto aponta para o exercício profissional, o compromisso e a necessidade da abordagem crítica e qualificada em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, defesa da Reforma Sanitária, enfatizando a importância das respostas interventivas profissionais, visando atender às necessidades dos/as usuários/as. Além da articulação entre as demandas profissionais e o projeto ético-político da profissão, a categoria está articulada com o “SUS da Reforma Sanitária com quem compartilhamos nossos princípios ético-políticos e os anseios pela construção de uma sociedade radicalmente nova, democrática, republicana e solidária” (CFESS, 2009, 02).

A publicação dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, em sua versão preliminar em 2009 e a versão final em 2010, passou a balizar a “intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da Saúde. Constitui-se como produto do Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2008” (CFESS, 2010, p. 11). Ao estabelecer parâmetros fica expresso o sentido de orientação pelo conjunto CFESS-CRESS de aspectos fundamentais do exercício profissional no âmbito da Saúde.

Na primeira seção do documento, fundamenta-se o debate temático sobre Saúde, Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde e Desafios atuais, onde concepções teóricas e interventivas são problematizadas por elementos históricos da Política de Saúde e da conformação do projeto ético-político do Serviço Social, pela defesa intransigente dos direitos da classe trabalhadora e, assim, alinhadas aos princípios do Movimento de Reforma Sanitária e do SUS. Observa-se, nessa primeira parte do documento, que o conjunto CFESS-CRESS apresenta posicionamentos, destacando-se de maneira significativa a dimensão ético-política e teórico metodológica em relação aos referenciais estabelecidos na área da Saúde. Apesar da dimensão ético-política e teórico-metodológica serem de maneira mais substantiva percebida, ainda mantém uma conexão sólida com a dimensão técnico-operativa, isto por serem indissociáveis.

O documento destaca historicamente o Sistema de Seguridade Social, conformado no tripé: Política de Saúde, Assistência Social e Previdência Social,

formação que se encontra entre os maiores avanços da Constituição Federal de 1988. O documento menciona o XXIX Encontro Nacional do CFESS-CRESS, realizado em 2000, na cidade de Maceió, na qual foi elaborada e ratificada a Carta de Maceió, a qual indicava a posição da categoria profissional em relação à Seguridade Social. Reafirma-se o entendimento da Seguridade Social e a direção política profissional; Conforme Boschetti (2007)

o conceito de seguridade social, defendido pela Carta de Maceió (2000), reforça esse avanço, mas vai além: sustenta um modelo que inclui todos os direitos previstos no artigo 6º da Constituição Federal (educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência e assistência social), de modo a conformar um amplo sistema de proteção, mais consoante às condições gerais dos cidadãos brasileiros (Boschetti, 2007 apud CFESS, 2010, p.17-18).

A concepção de Seguridade Social, como deliberada na Carta de Maceió durante o XXIX Encontro Nacional do CFESS-CRESS, é interpretada como política de garantia de direitos, formalizada na Constituição Federal de 1988, marcando-se como um dos principais avanços ao abranger as esferas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social. No entanto, na Carta de Maceió propõe-se a inserção de outros direitos sociais previstos no âmbito da Seguridade Social, como educação, moradia, lazer e segurança, com o objetivo de expandir o sistema de proteção social, que, por sua vez, apresenta contradições e desigualdades. Fica demarcado que a Seguridade Social é compreendida pelas/os assistentes sociais como campo amplo de proteção social, espaço de confronto e fomento da criticidade em relação à desigualdade social, além de ser um ambiente de organização dos trabalhadores. Trata-se de um terreno de disputa que demanda competência profissional, pois “parte de uma agenda estratégica da luta democrática e popular no Brasil, visando à construção de uma sociedade justa e igualitária” (CFESS, 2000 apud CFESS, 2010, p. 18).

O sistema de proteção social resulta das relações contraditórias expressas nas lutas de classes, papel do Estado e desenvolvimento das forças produtivas, permeado por relações contraditórias, por ser imprescindível na criação de condições objetivas de reprodução e integração da força de trabalho e, ao mesmo tempo, de reprodução ampliada do capital; porém, amplia e assegura direitos trabalhistas e sociais, os quais devem ser alargados. Dessa maneira, a posição crítica do conjunto CFESS-CRESS, desvela a função do Estado e sua atuação nas políticas públicas,

incluindo a Política de Saúde, orientado pela lógica da contrarreforma do Estado, de ordem do projeto privatista.

A contrarreforma do Estado atingiu a saúde por meio das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade. Por meio da criação de dois subsistemas: o subsistema de entrada e controle, ou seja, de atendimento básico, de responsabilidade do Estado (uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado) e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior 21 complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais. Nessa lógica, há ênfase em programas focais: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF); além da utilização de cuidadores com a finalidade de baratear os custos das ações básicas (CFESS, 2010, p. 20-21).

Percebe-se, de maneira destacada, que o conjunto CFESS-CRESS notabiliza a defesa da Saúde como direito e afirma sua posição contrária à mercantilização. Além disso, os embates promovidos por esse conjunto diante das variadas conjunturas do país denotam uma postura ativa na resistência e crítica das contrarreformas que impactam diretamente a Saúde e a vida da classe trabalhadora, sobretudo a partir da década de 1990 com a agenda neoliberal e o projeto privatista em constante disputa. Nesse contexto, o CFESS-CRESS se posicionou de maneira crítica e propositiva, engajando-se nas lutas sociais em busca de condições dignas de acesso aos serviços de Saúde. Posição que permanece até à atualidade.

Outrossim, o documento destaca os princípios da Reforma Sanitária em consonância com a leitura crítica do real, refletindo o compromisso da/o assistente social em compreender e analisar criticamente as dinâmicas sociais e estruturais que impactam diretamente na Saúde da população. Reforça a importância do Serviço Social na construção de práticas comprometidas com a universalidade, integralidade e equidade no acesso à Saúde, bem como em contribuir para a consolidação do SUS, alinhado aos seus princípios democráticos e participativos. E as nuances do projeto privatista frente a categoria profissional.

**O projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social** trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. **O projeto privatista** vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais (CFESS, 2010, p. 26, grifo nosso).

A ênfase na universalidade do direito à saúde é central, mas o documento aponta desafios na efetivação desse princípio, com a segmentação do sistema e a ascensão de projetos privatistas. A resistência ao modelo privatista e a defesa da universalidade são apontadas como fundamentais, representando desafios para o trabalho da/o assistente social diante das transformações na política de Saúde.

Na segunda parte do documento, nota-se mais destacada a dimensão técnico-operativa, elencando 4 (quatro) grandes eixos para a atuação profissional: atendimento direto aos/às usuários/as; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

O primeiro eixo, voltado ao atendimento direto aos/às usuários/as, possibilita três frentes de ações; “[...]ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas” (CFESS, 2010, p. 42). O segundo eixo abordado é a mobilização, participação e controle social; o documento delinea a importância da mobilização da população frente às demandas postas, bem como a democratização e impulsionamento da participação do usuário politicamente pelos seus direitos. Uma das ações nesse eixo é “mobilizar e capacitar usuários/as, familiares, trabalhadores de Saúde e movimentos sociais para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de Saúde e de outras políticas públicas” (CFESS, 2010, p. 59).

O terceiro eixo, refere-se à investigação, planejamento e gestão; envolvendo um conjunto de ações. Este eixo pode parecer-nos mais vinculado à dimensão técnico-operativa, no entanto, como os demais eixos, compreende indissociavelmente as três dimensões da intervenção profissional. Por fim, o quarto eixo que se refere à assessoria, qualificação e formação profissional. No documento, encontram-se exemplificações referentes aos eixos três e quatro, respectivamente:

identificar as manifestações da questão social que chegam aos diversos espaços do Serviço Social por meio de estudos e sistema de registros[...]Atividades de qualificação e formação profissional visam ao aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários (CFESS, 2010, p. 63).

O documento é importante aporte ao exercício profissional na área da Saúde, seguindo os fundamentos ético-político e teórico-metodológico; evidencia a concepção ampliada de Saúde inserida na atuação da/o assistente social; ademais, ressalta a importância da atenção às demandas postas pelos/as usuários/as e o perfil

da população usuária, uma vez que reconhece a influência das condições materiais na Saúde e ressalta o relevante papel do Serviço Social nesse cenário.

A atuação da/o assistente social na área da Saúde é, por vezes, mal compreendida pela equipe, levando a requisições equivocadas que fogem ao escopo profissional. Ressalta-se que a função central envolve a compreensão e intervenção nas demandas sociais dos/as usuários/as, visando garantir o acesso a direitos e serviços da rede assistencial. O documento destacou alguns equívocos comuns presentes no cotidiano profissional:

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 (CFESS, 2010, p. 46).

Pode-se afirmar que, dentre os documentos referentes à atuação do Serviço Social na Saúde, os Parâmetros proporcionam diretrizes claras sobre atividades a serem realizadas no exercício profissional, ao mesmo tempo em que revela equívocos que se apresentam rotineiramente; tais distinções o constitui em aporte teórico e prático essencial para a categoria profissional.

Nesse contexto altamente relevante, é oportuno destacar a experiência de estágio em um hospital público em Recife e a atuação de assistentes sociais. Observa-se que o processo de intervenção está alinhado com os eixos estratégicos delineados nos Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política de Saúde, elaborado pelo CFESS. Esses eixos incluem o atendimento direto aos usuários, a promoção da mobilização, participação e controle social, a realização de pesquisa, planejamento e gestão, a prestação de assessoria e o incentivo à qualificação e formação profissional. Sendo assim, com base nas vivências e aprendizados advindos do Estágio Curricular Obrigatório, teceremos reflexões sobre as atividades profissionais desenvolvidas na Saúde.

Sobre o Serviço Social e seu papel profissional, Santos (2014), destaca o seguinte:

na equipe multiprofissional, o Serviço Social desempenha o papel de orientar, esclarecer e encaminhar os usuários quanto aos direitos sociais, serviços e benefícios existentes nas políticas setoriais. As demandas sociais, quando relatadas pelos usuários aos demais profissionais, são encaminhadas ao Serviço Social. Além disso, para o acesso aos serviços e benefícios das políticas setoriais, são solicitados aos usuários o encaminhamento ou parecer social da(o) assistente social da unidade de saúde em que realiza tratamento. O que significa dizer que as demandas sociais dos usuários, passam necessariamente pelo serviço social (Santos, 2014, p.125).

No Campo de Estágio a equipe de Serviço Social contava 11 (onze) assistentes sociais, atuantes para alcance do objetivo institucional de realizar o tratamento de doenças infectocontagiosas, em sua maioria atendendo casos do vírus da imunodeficiência humana e da síndrome da Imunodeficiência adquirida em pessoas adultas e meningite em pessoas adultas e crianças, também disponibiliza atendimento em casos de acidente ocupacional para profissionais da Saúde. Durante a pandemia da covid-19, tornou-se hospital de referência e, mais recentemente, passou a atender pacientes infectados pela Varíola de Macacos - Monkeypox.

A prática profissional do Serviço Social, agrega o acolhimento e acompanhamento à população usuária desde sua admissão até a alta hospitalar, período em que podem ser adotadas articulações com as redes sanitária e socioassistencial externa para continuidade do cuidado em Saúde. Todo o processo de aproximação, acolhimento, visitas ao leito, realização de entrevista social, diálogos com a equipe multidisciplinar, encaminhamentos necessários para as demandas, é também início da construção de vínculo com os/as usuários/as e familiares/acompanhantes baseados no respeito e sem discriminação de qualquer natureza.

Nas admissões relacionadas ao HIV/Aids, que caracterizam a maioria das internações, foi perceptível que as assistentes sociais adotam uma posição respeitosa tanto na comunicação oral quanto no instrumento de trabalho escrito, consonante ao princípio VI ético de “Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças” (Código de Ética Profissional do/a Assistente Social, Lei 8.662/93). Considerando o sigilo profissional, opta-se pelo registro de elementos fundamentais à situação atual do/a usuário/a, preservando informações sigilosas. Aponta, em geral, se o diagnóstico recente ou antigo, informações sobre abandono do tratamento, uso regular, vinculação aos Serviços de

Assistência Especializada (SAE), residência, renda, composição familiar e outros fatores.

Ao abordar a realidade das pessoas que vivem com HIV/Aids, torna-se fundamental transcender a simples análise dos tratamentos medicamentosos. Fatores sociais, culturais, históricos e psicológicos desempenham um papel crucial na configuração da qualidade de vida dessa população. Conforme ressaltado por Santos (2014), a importância de considerar a dimensão social da Aids, seguida pela análise do papel do Serviço Social.

Os avanços da medicina curativa na prevenção, controle e tratamento de doenças e agravos da saúde têm sido de fundamental importância por garantir respostas eficazes contra agentes patológicos que acometem os indivíduos doentes. Mas, apesar dos avanços, a falta de acesso aos direitos sociais pode comprometer o atendimento das necessidades sociais e dificultar a efetivação de tratamento médico e medicamentoso, sendo imprescindíveis ações articuladas que possibilitem, além do tratamento de doenças, condições de vida com qualidade. [...] A práxis cotidiana da atuação profissional como assistente social junto aos pacientes de aids identifica que as demandas sociais trazidas pelos usuários apontam para a falta de condições de se garantir alimentação, transporte, moradia, trabalho, lazer, renda, entre outras necessidades sociais. O que é indicativo da dificuldade de acesso a bens e serviços que garantam o atendimento de necessidades. (Santos, 2014, p. 10- 13).

Alinhada a essa concepção, Castro (2017) afirma o seguinte:

percebida como uma enfermidade mediada por aspectos político-econômicos e culturais, a Aids tende a ser um marcador social, isto porque expõe contextos e situações de desigualdade, aponta para as vulnerabilidades de grupos marginalizados e afeta os modos de vida da população. Desta forma, falar da Aids em um país é falar da sua organização social, do modus operandi do Estado e sua relação com o sistema econômico vigente que imprime características nas políticas sociais. É falar da vida pública, da democracia, do poder e repartição desse poder como também do lugar que o país ocupa no cenário mundial e seu poder de influência sobre pautas e agendas internacionais. (Castro, 2017, p.19)

Observa-se esse panorama inserido na realidade dos/as usuários/as envolvendo as múltiplas expressões da questão social. Como o pauperismo, desemprego, pobreza, desigualdades sociais, trabalho informal, fenômenos sociais socialmente construídos, ressaltando as precariedades na vida e no trabalho dos/as usuários/as.

As assistentes sociais identificam vulnerabilidades sociais que possam impactar a Saúde do usuário e implementam intervenções para lidar com essas situações presentes na realidade social. Reconhecer as expressões da questão social e identificar como influenciam diretamente no processo de Saúde-doença do/a usuário/a, subsidiará o plano interventivo de orientações e encaminhamentos que

poderá repercutir nos seus direitos sociais. Na unidade de Saúde foi possível identificar um recurso legitimado que é a alta social. São situações em que ocorre alta clínica, mas o usuário tem demandas de proteção social que precisam ser solucionadas; esses casos passam ao acompanhamento direto do Serviço Social. Além disso, identificou-se em alguns atendimentos a orientação aos/as usuários/as para utilizarem a ouvidoria e órgãos de controle social do SUS. O que denota o alinhamento da categoria ao X princípio ético do “Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual na perspectiva da competência profissional” (Código de Ética Profissional do/a Assistente Social, Lei 8.662/93), além de impulsionar o entendimento da população usuária como sujeitos de direitos.

Cabe mencionar que as principais orientações e encaminhamentos feitos pelo Serviço Social são direcionados a equipamentos da rede socioassistencial, como o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social Especializada (CREAS), Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro Pop). Há alta demanda de orientação para acesso a direitos previdenciários e sociais, como Aposentadoria, auxílio-doença, Benefício de Prestação Continuada (BPC), Auxílio-funeral, Programa Bolsa Família. Em relação à rede sanitária, são realizadas rotineiramente orientações e encaminhamentos para os Serviços de Assistência Especializada (SAE) ofertados nos territórios de residência, contato com setores de transporte para usuários/as advindos de municípios do interior, comunicação com outros hospitais. Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (Caps ad), também constam como serviços bastante acionados por demandas de Saúde mental da população usuária. A atuação profissional agrega a elaboração de relatórios sociais e pareceres sociais, em situações que demandam o estabelecimento de comunicação e articulação com outros órgãos e equipamentos públicos como: Ministério Público, Instituições de Acolhimento, Conselho Tutelar, entre outras.

A partir das demandas postas na realidade cotidiana, as assistentes sociais trabalham não apenas com a Política de Saúde, mas envida esforços profissionais para a realização do trabalho intersetorial de articulação com o conjunto das políticas sociais a partir da realidade social do usuário/a. Sob a intencionalidade de viabilização dos direitos da população usuária, o Serviço Social busca fortalecer os vínculos

familiares; atua na democratização de informações, articula benefícios institucionais e governamentais para fins de mitigar um panorama de desassistência e desproteção composto pelas expressões da questão social. Para tanto a articulação das dimensões técnico-operativas, ético-políticas e teórico-metodológicas da profissão são essenciais.

O terceiro documento localizado, foi o produzido no Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, ocorrido entre os dias 8 (oito) e 10 (dez) de Junho de 2009, em Olinda/Pernambuco, organizado pelo CFESS e o CRESS-PE. O evento possibilitou reflexões e debates sobre a conjuntura e os desafios para o Serviço Social. Houve a participação de “aproximadamente mil assistentes sociais e foi transmitido em tempo real pelo site do CFESS, contando com quase três mil acessos ao longo de toda a programação” (CFESS, 2017, p. 09). A partir das valiosas contribuições dos debates do Seminário, foi sistematizado o documento organizado pelo CFESS, intitulado Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, publicado em 2017.<sup>1</sup>

Entre mesas redondas e plenárias, ao todo foram discutidos 7(sete) temas, organizados em mesas e plenárias, conforme segue: Mesa *redonda Impactos da crise contemporânea na seguridade social: desafios postos aos assistentes sociais na Saúde* de autoria de Ivanete Boschetti e Maria Inês Bravo; Plenária 1; *Política de Saúde mental e os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos: a inserção de assistentes sociais*, conduzida por Lúcia Cristina Rosa e Conceição Maria Robaina; Plenária 2 *O Serviço Social e as contradições da estratégia da Saúde da Família e do Nasf*, mediada por Vera Maria Nogueira e Sâmbara Paula Ribeiro; Plenária 3 *Participação social e mobilização popular em Saúde*, com a condução de Maria Lúcia Duriguetto; Plenária 4 *Saúde e trabalho: impactos nas condições de trabalho dos assistentes sociais*, de autoria de Rosa Lúcia Trindade; Mesa redonda *Ética e bioética em Saúde: dilemas do cotidiano dos assistentes sociais pensados a luz do projeto ético-político profissional*, por Maria Alexandra Mustafá, Rodriane Souza e Regina Mioto; Mesa redonda *Desafios à formação em serviço: a inserção do assistente social*

---

<sup>1</sup> O Seminário foi um evento realizado em 2009, em Olinda, Pernambuco, com a participação de destacados palestrantes. Organizado pelo CFESS e CRESS-PE, o evento abordou o papel dos assistentes sociais na saúde no contexto brasileiro. Destaca-se a relevância dos temas discutidos, ressaltando que nem todas as palestras foram disponibilizadas previamente. A gestão do CFESS (2008-2011) empenhou-se na organização, mas questões operacionais impediram a publicação antes do término do mandato. A direção do CFESS (2017) assumiu e finalizou essa tarefa, sistematizando e publicando, tornando assim acessível o conteúdo do Seminário.

*nas residências multiprofissionais e em Serviço Social na Saúde*, conduzida por Soraya Cavalcanti.

Nas seções inseridas no documento, cabe evidenciar as conferências das professoras Ivanete Boschetti e Maria Inês Bravo(2017) e a exposição dos impactos da crise contemporânea na Seguridade Social repercutindo em desafios às/aos assistentes sociais na Saúde, os quais se manifestam em diversas dimensões, tais como a desigualdade de acesso da classe trabalhadora, a fragmentação entre ações curativas e preventivas e a restrição do financiamento público, todos agravados pela persistente crise econômica, deliberadamente configurada pela estrutura capitalista, pois

a crise atual se caracteriza como uma crise de superprodução, marcada pela busca permanente de superlucros, que encontra, na própria impossibilidade de assegurar a todos o acesso aos bens produzidos, elementos geradores da crise. Cabe uma reflexão muito importante, quando por vezes ouvimos: «o projeto ético-político defende a superação da sociedade capitalista, mas fala em direitos sociais, no entanto, os direitos sociais são capitalistas ». Esses direitos são capitalistas sim, mas defender a criação e expansão dos direitos sociais no capitalismo não é trair o projeto ético-político, é criar as condições materiais de garantia das condições de vida (Boschetti, 2017, p. 18-20).

Outro debate importante deu-se a partir da análise de Rosa Lúcia Trindade (2017), abordando questões como carga de trabalho, precarização, questões salariais e a influência de políticas governamentais no espaço ocupacional para assistentes sociais; a ausência do mínimo necessário no ambiente destinado ao exercício profissional é abordada pela autora (2017, p. 95), referindo-se ao espaço físico que engloba as instalações, recursos, insumos e outros elementos fundamentais para o trabalho e destacando particularidades da atuação da/o assistente social no espaço hospitalar.

Uma das questões que mais aparecem nos hospitais são as **jornadas de trabalho por meio de plantões**, com uma característica de intensificação de 12 até 24 horas. Isso vai fazer com que os hospitais, um dos vínculos de trabalho do assistente social, exijam que essa jornada de trabalho possa ser cumprida em plantões, o que permite, paradoxalmente, que se consiga **cumprir jornadas diferenciadas em outras instituições**. Contudo, o que **temos percebido é que isso tem intensificado o trabalho e tem adoecido inclusive os assistentes sociais**, embora não exclusivamente. Na realidade dos hospitais, é muito comum que a sala do serviço social fique na porta de entrada da instituição. Isso é um elemento das nossas condições éticas e técnicas e tem a ver também com a discussão das condições de trabalho. As estruturas hospitalares estão crescendo e as nossas ações profissionais nessas realidades estão muito presentes, **sob a forma de plantões sociais** (Trindade, 2017, p. 96-97, grifo nosso).

Outrossim, sobre os dilemas éticos intrínsecos ao trabalho dos assistentes sociais na área da Saúde, Maria Alexandra Mustafá, Rodriane Souza e Regina Mito (2017) ressaltaram que as/os profissionais se deparam com situações complexas, referentes a autonomia, confidencialidade e equidade no acesso aos serviços de Saúde e o alinhamento aos fundamentos do exercício profissional em seu princípio ético de promoção da justiça social.

Em 2020, no contexto pandêmico de alta complexificação das necessidades de Saúde e de requisição de atividades alheias ao fazer profissional do Serviço Social, o conjunto CFESS-CRESS emitiu a Orientação Normativa nº 3/2020, de 31 março de 2020 que “dispõe sobre ações de comunicação de boletins de Saúde e óbitos por assistentes sociais”. A ênfase foi na supremacia da Lei de Regulamentação da Profissão e nos princípios éticos que regem a prestação de serviços à população, com posição clara sobre as atribuições e competências da categoria na área de Saúde.

A Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) é uma entidade de reconhecida importância para o Serviço Social brasileiro. Compõe, com o conjunto CFESS-CRESS e a Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social (ENESSO), um coletivo de representação da categoria profissional no país. A ABEPSS

é uma entidade Acadêmico Científica que coordena e articula o projeto de formação em serviço social no âmbito da graduação e pós-graduação. A entidade compõe junto com o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) e a Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social (ENESSO) um coletivo que efetiva o Plano de Lutas em Defesa do Trabalho e da Formação e Contra a Precarização do Ensino Superior[...] (ABEPSS, [2000- 2018?]).

Na produção *Saúde é um direito humano fundamental. Não é mercadoria!* publicado em 2017, a entidade destaca a Saúde como um direito fundamental, cuja garantia cabe ao Estado. Enfatiza a importância do engajamento em defesa do SUS, com destaque para a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, a qual” é composta por diversos Fóruns Estaduais em torno da luta por um SUS 100% público, estatal e de qualidade” (FNCPS, 2011). Nesse sentido, pontua que a “universalização do acesso à Saúde é colocada sob risco” (ABEPSS, 2017), visto a intensificação do projeto privatista. Sobre os impactos dessa agenda estatal regressiva sobre a categoria profissional, afirma que, “tem-se a precarização do trabalho, a não realização de concursos públicos e o enxugamento de quadros profissionais, cuja lógica de funcionamento constitui-se verdadeira afronta à estrutura do SUS tal como

foi preconizada” (ABEPSS, 2017). O texto reafirma o compromisso com o direito universal à Saúde e a resistência ante as contrarreformas.

Na produção *Defesa do SUS desde a formação fortalece a garantia do direito à Saúde para todas/os*, publicado em 2023, a ABEPSS reitera a concepção de Saúde como direito fundamental e ressalta a importância desse debate na formação profissional em Serviço Social. Enfatiza que o SUS é uma conquista histórica, envolvendo participação social, sendo gratuita, pública e responsabilidade do Estado. Posiciona-se em defesa da Seguridade Social, conformada nas políticas de Assistência Social, Previdência Social e Saúde, como um padrão de proteção social amplo, alinhado ao projeto ético-político profissional.

O texto também aborda a contribuição da professora aposentada da Universidade Estadual do Ceará, Ruth Ribeiro Bittencourt, no debate sobre Saúde, sobretudo no que se refere à pandemia da covid-19. Para a pesquisadora,

durante a emergência sanitária devido a Covid-19, ficou comprovada a importância do SUS e a necessidade de qualificação e valorização das/os trabalhadoras/es dos sistemas nacionais de saúde, o que, conseqüentemente, rebate nas respostas dos serviços assistenciais e formativos para lidar com a complexidade das necessidades sanitárias da população. Sabemos, contudo, que a luta pela saúde no Brasil é parte das lutas de resistência contra a perda de direitos, das lutas por afirmação do acesso universal ao cuidado integral sob critério de equidade e direito tanto à diversidade, quanto às singularidades humanas, o que justifica a luta por uma regulação da formação que respeite a estatura jurídica, moral e institucional do SUS (Bittencourt, 2023).

A pandemia intensificou as expressões da questão social e impacta a atuação da/o assistente social, profissional que atuou na linha de frente junto à população. De acordo com o CFESS

embora a pandemia da Covid-19 tenha mostrado mais uma vez a importância da saúde pública e gratuita para a população, projetos de governo têm favorecido a privatização da política e promovido uma piora no atendimento à população, bem como uma regressão nos direitos de trabalhadoras e trabalhadores (CFESS, 2022).

A falta de consolidação da política pública de Saúde universal como está garantida na Constituição Federal de 1988, foi um dos agravantes para os cruéis dados da pandemia, mas reflete o projeto societário vigente que favorece o lucro em detrimento da vida. Como pontua o CFESS, a pandemia mostrou a importância do SUS e da Saúde universalmente garantida; sendo que, apesar dos ataques cotidianos, “sem o enorme esforço dos trabalhadores do SUS a impensável e triste

marca de [...]óbitos notificados após um ano do primeiro caso diagnosticado com covid-19 no Brasil seria ainda maior” (Bousquat et al, 2021, p. 16).

Nessa perspectiva, a conjuntura política pode favorecer ou impossibilitar a execução dos direitos à vista da correlação de forças inscrita na realidade, e a realidade brasileira era de defesa de um projeto societário ultra neoliberal, em que a Saúde é negociada como mercadoria. Tal conjuntura impõe limites à atuação das/os assistentes sociais, a partir do desmonte da Política de Saúde, do processo de privatização e sucateamento do SUS e da fragmentação e focalização das políticas sociais, da regressão dos direitos conquistados, diminuição do acesso a serviços sociais, vão de encontro ao trabalho profissional de viabilização de direitos.

O conservadorismo econômico, político e moral na sociedade brasileira não é recente; no entanto, desbordou-se intensificada mente na contemporaneidade a partir do avanço da extrema-direita. Fato que incide na categoria profissional; conforme Mota e Rodrigues (2020) sobre esses atravessamentos do governo Bolsonaro:

sua pauta comportamental retrógrada, sob o argumento da defesa da família tradicional, monogâmica e cristã, contra a homossexualidade e os direitos da mulher e dos negros, se integra perfeitamente à pauta econômico-social brutalmente regressiva, através de contrarreformas do Estado, do ajuste fiscal e de medidas que requerem o recrudescimento da coerção, do silenciamento das divergências e o retrocesso no conjunto das práticas sociais (Mota; Rodrigues, 2020, p. 203-204).

Ao longo da pandemia, o conservadorismo econômico emergiu como uma força de considerável impacto no campo do Serviço Social. A atuação da/o assistente social, centrada na defesa dos direitos e na mediação por condições de vida dignas, deparou-se com desafios significativos diante de políticas e práticas governamentais claramente restritivas à garantia de direitos sociais. A complexificação da questão social e a retração das políticas e programas de proteção social, influenciaram diretamente a abordagem e os recursos disponíveis para os profissionais de Serviço Social.

Destaca-se que muitos são os desafios conjunturais e as inflexões ao exercício profissional no âmbito dos diferentes espaços sócio-ocupacionais da/o assistente social, tais como: excesso de demandas e escassez de assistentes sociais contratadas(o); confronto entre as demandas institucionais e as necessidades da população usuária; insuficiência de recursos adequados e excessiva burocracia; desfinanciamento e perdas orçamentárias das políticas sociais, entre outras. Empecilhos concretos à capacidade profissional de efetuar a viabilização de direitos

dos/as usuários/as e que reverbera na qualidade e na efetividade das intervenções sociais. A conjuntura da pandemia trouxe consigo agravamento significativo dos desafios e das complexidades que permeiam o exercício profissional.

Ressalta-se que desde o golpe de 2016, que destituiu a Presidenta Dilma Rousseff da Presidência da República e elevou à gestão federal o então Vice-presidente Michel Temer, e seguindo-se com os 4 anos de Governo de Bolsonaro, têm se aprofundado limites à qualidade do atendimento e às possibilidades de respostas interventivas no cotidiano de assistentes sociais frente às necessidades da população usuária.

Ademais, na conjuntura brasileira de conservadorismo econômico e moralizante, o conservadorismo profissional também pode aflorar e ser reproduzido por profissionais no trabalho cotidiano. A profissão não fica imune a práticas conservadoras, de naturalização da realidade e de distanciamento da atuação apoiada no projeto ético-político profissional. Mota e Rodrigues, sobre o Serviço Social frente ao conservadorismo contemporâneo, discorrem que

esse conservadorismo contemporâneo, cujos traços mais elementares de colisão com a cultura profissional da virada do Serviço Social, tão somente indicamos aqui, é um fenômeno novo, cujo significado está a exigir reflexão teórica mais aprofundada. Adensar a investigação sobre este objeto não é apenas uma requisição teórica da área do Serviço Social é também uma exigência política, fundamental à disputa pela hegemonia no interior da categoria e para fortalecer, no embate de ideias, a crítica ao capitalismo e às ideologias que o reproduzem. Assim, ainda que no combate ao ultraconservadorismo e ultra neoliberalismo do governo Bolsonaro seja indispensável reforçar a articulação orgânica das entidades representativas da categoria dos assistentes sociais com os movimentos sociais que não se vergaram à ordem, sejam eles tradicionais e/ou emergentes[...]o acerto das estratégias políticas de enfrentamento da cultura da crise em sua forma reacionária dependerá, em grande medida, de uma problematização mais acurada do conservadorismo contemporâneo e dos estreitos fios que o ligam ao projeto do grande capital (Mota; Rodrigues, 2020, p .208).

A profissão nasceu no conservadorismo, mas a partir de um norteador teórico, na práxis, conseguiu se afastar de sua origem conservadora (Netto, 2009 apud Boschetti, 2015). O afastamento do conservadorismo se deu na compreensão da própria profissão, inserida na dinâmica capitalista e na compreensão da/o assistente social enquanto categoria assalariada, mas que detém autonomia, ainda que relativa, para atuar na defesa de direitos da classe trabalhadora a qual compõe. Dessa maneira, a/o profissional, no seu campo de trabalho, precisa valer-se de sua autonomia, partindo do entendimento de que a instituição tem limitações e objetivos

antagônicos ao projeto ético-político da profissão, no que diz respeito à construção de uma nova ordem societária.

Sendo assim, apesar do momento de emergência sanitária, da forte ênfase nas ações e terapêuticas curativas que caracterizaram o contexto pandêmico, a prática profissional impescindia da análise aprofundada da realidade social e do exercício qualificado baseado na competência teórico-metodológica. As/os assistentes sociais, no trabalho na linha de frente, testemunharam as necessidades agudizadas da classe trabalhadora e desempenharam seu papel primordial na mediação para viabilizar o acesso a direitos, ainda que de forma bastante restrita dado o cenário político ultra neoliberal e de feição negacionista do governo de Jair Bolsonaro. A formação e o exercício profissional devem, portanto, orientar-se pela oposição ao projeto privatista e pela defesa do SUS e da justiça social.

Na esteira de contribuições ao exercício profissional, os Grupos Temáticos de Pesquisa (GTPs) da ABEPSS, como o próprio nome já o indica, são formados por pesquisadores, Grupos e Núcleos de estudos e pesquisas, para abordagem de temas relevantes, promovendo debates sobre questões de interesse profissional e da sociedade; tais “grupos têm vida própria e autonomia, mas estão vinculados organicamente à ABEPSS” (ABEPSS, 2007- 2020?). No GPTS, Movimentos Sociais e Serviço Social, consta o estudo da Gestão Democrática na Saúde e Serviço Social - UERJ, conduzido por um grupo de estudo sobre Reforma Sanitária e Serviço Social na Saúde, no qual pode-se identificar um eixo que debate o Projeto de Reforma Sanitária a partir das lutas e mobilizações populares, Estado democrático e de direito e o princípio fundamental da Saúde como direito. Há um segundo eixo de debate do Serviço Social na Saúde, compreendendo a relação entre os Projetos de Reforma Sanitária e Ético-Político da categoria dos assistentes sociais; Saúde e Trabalho, Inserção de Assistentes Sociais nos Conselhos e Movimentos Sociais. Sua produção bibliográfica é majoritariamente contemplada pelas obras da professora Maria Inês Bravo.

A publicação da ABEPSS de 2022, documento *Formação e Residência em Saúde: Contribuições da ABEPSS*, a discussão abrange os seguintes tópicos: *Interface entre Serviço Social e Saúde na formação profissional*, abordado por Maurílio Matos; *Residências em Saúde e Serviço Social: posicionamentos e contribuições da ABEPSS*, discutido pela Comissão Temporária de Trabalho, Rafaela Fernandes, Marina Castro, Ana Vasconcelos e Sarah Martins; e, por fim, *Crise*

*sanitária e desafios para as residências em Saúde*, apresentado pelas autoras Marina Castro, Leticia Silva e Ana Vasconcelos. Essas reflexões constituem uma análise abrangente sobre Saúde e aprofundam o debate profissional referente aos desafios e estratégias no cenário contemporâneo. A ABEPSS “apresenta nesta brochura textos que contribuem para o registro e reflexão acerca da relação do Serviço Social e a formação para a Saúde e para o debate das Residências em tempos de pandemia da Covid-19” (ABEPSS, 2022 p. 05). Dessa forma, enquanto a comissão temporária investigou a temática do Serviço Social nas residências em Saúde, apresentando perspectivas e contribuições. A discussão *Interface entre Serviço Social e Saúde na formação profissional*, abordada por Maurílio Matos, explora a interface entre a categoria e a formação para Saúde. Esse enfoque traz apontamentos e conexões específicas, conteúdo que abordaremos a seguir.

No subtópico *Área da Saúde para o Serviço Social*, o Professor Maurílio Matos apresenta a evolução histórica do Serviço Social brasileiro no âmbito da Saúde, desde a década de 1940, relacionando esse movimento à construção de hospitais e à necessidade de lidar com as complexidades do binômio Saúde-doença. Ainda, a ênfase na identificação das expressões da questão social no acesso à Saúde, justifica a presença dos profissionais de Serviço Social no trabalho em Saúde.

No subtópico *Serviço Social e Saúde: projetos ético-políticos do Serviço Social e o da Reforma Sanitária*; o texto destaca a evolução da profissão em resposta à crise da ditadura militar. Matos (2022) destaca a intenção de ruptura como uma resposta à necessidade de romper com o conservadorismo que marcou as origens da profissão. Desse modo, a partir do marxismo e em um contexto de reabertura política, emerge o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro consolidado no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais em 1979, que aponta para o rompimento da profissão com o conservadorismo. O texto também menciona a contribuição do Movimento de Reforma Sanitária para a constituição do sistema universal de Saúde no Brasil.

O subtópico *A ABEPSS e a discussão sobre Saúde*, aborda a inserção do debate sobre Saúde nos fóruns da ABEPSS a partir de 2004, quando a entidade foi convidada para participar do Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS). O Fórum, criado com o objetivo de contribuir para mudanças na graduação das profissões de Saúde, teve o estímulo da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGETS) do Ministério da Saúde. Ademais, é destacado que a ABEPSS desempenha papel fundamental no desenvolvimento da

pesquisa, realização de oficinas e seminários, promovendo debates sobre Saúde e subsidiando a formação profissional em Serviço Social.

No debate a partir da questão As Diretrizes Curriculares da ABEPSS dão conta para a atuação na área da Saúde? conformado em subtópico, o Professor Maurílio Matos, sugere que, embora aborde extensivamente o debate sobre Saúde, o ensino da Política de Saúde muitas vezes acontece fora do contexto do trabalho profissional na área da Saúde. Essa abordagem desconexa pode comprometer a análise das especificidades desse ambiente laboral, conforme Matos:

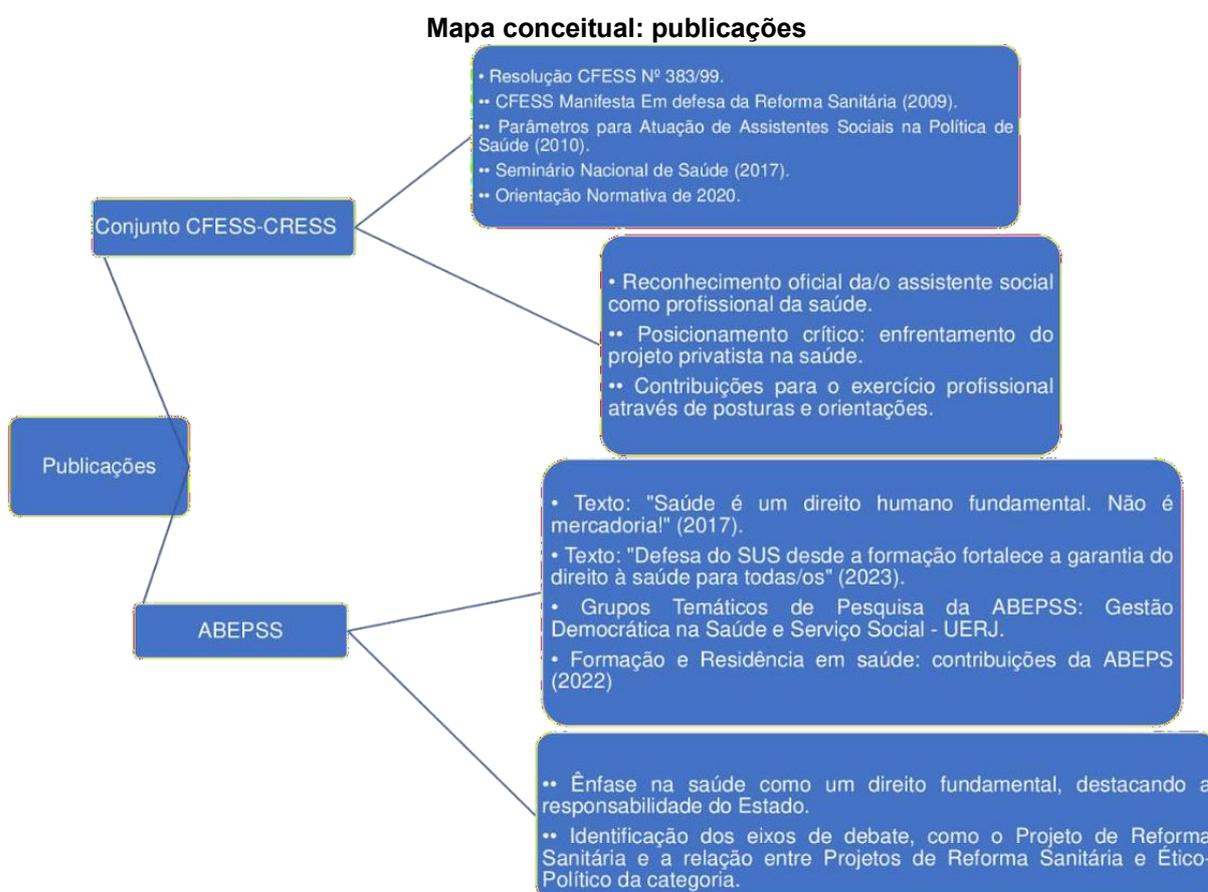
assim, precisamos debater no âmbito da formação profissional – longe de uma falsa tensão entre a concepção generalista versus uma suposta especificidade requerida para a formação e trabalho profissional na área da saúde – a importância da garantia do ensino na graduação sobre a saúde, na perspectiva ampla defendida pelo movimento sanitário, por ser o Serviço Social uma das profissões da área da saúde (Matos, 2022, p. 26).

Por conseguinte, na indagação de *Quais as fragilidades e potencialidades da formação profissional que impactam o ensino em Saúde no Serviço Social?*, no que diz respeito às fragilidades, destacam-se: a influência da contrarreforma do Estado na universidade, resultando em um debate do conhecimento permeado por teorias que não analisam criticamente a realidade social; a contrarreforma na Saúde e nas políticas sociais, afetando a qualidade dos serviços e o campo de atuação para assistentes sociais; o aligeiramento da formação profissional, com a expansão desenfreada do ensino, especialmente na modalidade EAD/remoto, trazendo preocupações quanto a qualidade da formação e futuro profissional.

As potencialidades apontadas para a profissão avançar no debate da formação profissional em Saúde, foram: o Serviço Social possui um panorama ético-político e teórico sobre a Saúde e apresenta um notável acúmulo de conhecimento sobre o Serviço Social na Saúde; o destacado papel das entidades representativas da categoria, como ABEPSS e o conjunto CFESS-CRESS, juntamente com a participação ativa dos estudantes e docentes, na resistência contra o projeto privatista no contexto da Saúde; por fim, as diversas produções, como os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, desempenham papel relevante, pois oferecem diretrizes e orientações que contribuem para a definição do escopo do trabalho profissional (Matos, 2022, p. 27-28).

Com este excerto, intencionamos destacar as relevantes contribuições do conjunto CFESS-CRESS para atuação do Serviço Social na Saúde, as quais agregam arcabouço normativo e produção teórica, de modo a impulsionar a prática qualificada

e comprometida com o projeto ético-político profissional. Juntamente à ABEPSS, entidade fundamental para a formação e a produção intelectual do Serviço Social, coordenação e articulação do projeto acadêmico-científico no âmbito da graduação e pós-graduação. Ambas as entidades formam pilar para avançar no debate da formação profissional na Saúde, provendo subsídios e aportando direcionamentos para a qualificação e valorização dos profissionais de Serviço Social, em consonância com os princípios do SUS.



**Produção autoral com base nas publicações do conjunto CFESS-CRESS e da ABEPSS.**

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou refletir sobre a Saúde e o Serviço Social. Para compreender isso, foi necessário traçar um percurso histórico da Política de Saúde brasileira e as bases que orientam a intervenção profissional da/o assistente social.

Ao tratar da trajetória histórica da Política de Saúde, destacou-se a importância da compreensão do conceito ampliado de Saúde, transcendendo a mera ausência de doenças e abrangendo as dimensões física, mental, social, cultural e outras que permeiam a existência do indivíduo (Arouca, 1986, 14min23s.). Em defesa

dessa concepção, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira emergiu como uma força propulsora de mudanças na Saúde pública brasileira e na criação do SUS. Este sistema, fundamentado na democratização do acesso à Saúde como direito universal e dever do Estado, constituiu uma conquista histórica para a sociedade brasileira, com destaque para a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, que desempenhou papel crucial ao mobilizar a sociedade civil e propor a concepção ampliada de Saúde.

No decorrer deste trabalho, abordamos a relevância da atuação da/o assistente social no campo da Saúde, fundamentando-nos nas produções dos órgãos representativos, destacando as intervenções profissionais diante das demandas e desafios cotidianos. A compreensão da totalidade da realidade social foi enfatizada como elemento imprescindível para o exercício competente dessa profissão. Na análise das atribuições e competências, baseadas na Lei 8.662/93, percebeu-se que a regulamentação proporciona uma base sólida para o exercício profissional. Ao abordar a atuação do Serviço Social durante a pandemia da covid-19, reconheceu-se a complexidade desse período e os desafios adicionais enfrentados pela profissão. Refletir sobre a intervenção do assistente social nesse contexto revela não apenas as demandas urgentes, mas também os obstáculos à efetivação do projeto profissional. A categoria de mediação, discutida no contexto do projeto ético político profissional, destaca-se como essencial para a compreensão profunda dos fenômenos sociais, permitindo uma abordagem crítica.

Por fim, sobretudo diante dos impactos danosos da agenda neoliberal do Estado brasileiro e, por conseguinte nas políticas sociais, torna-se fundamental a atuação do Serviço Social na busca pela viabilização e acesso aos direitos da população usuária. Este estudo reafirma a relevância do Serviço Social como agente capaz de favorecer alterações nas condições de vida dos/as usuários/as. Além disso, converge para a necessidade contínua de resistência e mobilização em defesa do SUS e da Saúde como um direito social.

## REFERÊNCIAS

ABEPSS. **Defesa do SUS desde a formação fortalece a garantia do direito à Saúde para todas/os.** Brasília, 2023. Disponível em: [https://www.abepss.org.br/noticias/abepssorgbrdia\\_mundial\\_saude\\_2023-610](https://www.abepss.org.br/noticias/abepssorgbrdia_mundial_saude_2023-610). Acesso em: 11 fev. 2024.

ABEPSS. **Formação e Residências em Saúde: contribuições da ABEPSS.** Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/formac%CC%A7a%CC%83o-ereside%CC%82ncias-em-sau%CC%81de-220601-202206012224227011490.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2023.

ABEPSS. **Saúde é um direito humano fundamental. Não é mercadoria!** Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/noticias/saudeeumdireitohumanofundamentalnaoemercad-66>. Acesso em: 12 jan. 2023.

ABEPSS. **Gestão Democrática na Saúde e Serviço Social - UERJ.** Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/gtps/tema-4/gestao-democratica-na-saudee-servico-social-uerj-65>. Acesso em: 12 jan. 2023.

ANDERSON, Perry. **Balanco do neoliberalismo.** In: SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.) Pós Neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, pp. 09-23.

AROUCA, Sérgio. **Democracia é saúde.** In: **CONFERÊNCIA NACIONAL EM SAÚDE**, 8., março de 1986, Brasília. Distribuição: VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz. Vídeo restaurado em 2013. Publicado no canal VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz. 1 vídeo (42min33seg). Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=-\\_HmqWCTEeQ](https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ). Publicado em 6 set. 2013. Acesso em: 14 nov. 2023.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete Salete. **Política Social: Fundamentos e História.** 6.cd. São Paulo: Cortez, 2009.(Biblioteca básica de serviço social; v. 2).

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete Salete. **Políticas Sociais: Fundamentos e História.** São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. **Código de Ética profissional do/a Assistente Social.** Lei 8.662/93 de regulamentação da profissional. 4 ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 1993. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESSSITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESSSITE.pdf). Acesso em: 18 mar. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras

providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 04 dez. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília. Disponível em: L8080. Acesso em: 18 jul. 2023.

BRASIL. **Regulamentação da profissão**. Lei nº 8.662,1993. Disponível em: L8662. Acesso em: 19 dez. 2023. BRASIL. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Resolução CFESS n. 383/1999. **Caracteriza o assistente social como profissional da saúde**. Disponível em: . Acesso em: 29 nov. 2013.

BOSCHETTI, Ivanete Salete. BRAVO, Maria Ines Souza. **Impactos da crise contemporânea na seguridade social: desafios postos aos assistentes sociais na saúde**. CFESS, Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, p. 17-28, Brasília, 2017.

BOSCHETTI, Ivanete Salete; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. **O draconiano ajuste fiscal no Brasil e a expropriação de direitos da seguridade social**. In: SALVADOR, E. et al. (Org.). Crise do capital e fundo público: implicações para o trabalho, os direitos e a política social. São Paulo: Cortez, 2019

BOUSQUAT, Aylene, et al. **Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca**. Revista USP, São Paulo, n. 128, p. 13-26 • janeiro/fevereiro/março 2021. Disponível em: [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Bousquat-et-alPandemia-de-covid-19-o-SUS-mais-necessa%CC%81rio-do-que-nunca-  
revistausp128-jan-mar-2021.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Bousquat-et-alPandemia-de-covid-19-o-SUS-mais-necessa%CC%81rio-do-que-nunca-revistausp128-jan-mar-2021.pdf). Acesso em: 03 dez. 2023.

BRAVO. In: Ana Elizabete Mota et.al.(Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3.ed. São Paulo:Cortez, Brasília(DF); OPAS,OMS, Ministério da Saúde, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Orgs). **Saúde e Serviço Social**. 5.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. “As Políticas de Seguridade Social Saúde”. In: CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001. Disponível em: Política de saúde Brasil BRAVO.pdf . Acesso em: 18 jul. 2023.

BRAVO, Maria Ines Souza; PELAEZ, Elaine Junger. **Avanços das Contrarreformas na saúde no Governo Temer**. Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/55819/Downloads/ekeys,+mesa\\_0427\\_0002+ok.pdf](file:///C:/Users/55819/Downloads/ekeys,+mesa_0427_0002+ok.pdf). Acesso em: 15 de nov. 2023.

BRAVO; Maria Ines Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos Governos Temer e Bolsonaro: o SUS totalmente submetido ao mercado. Bonino, v. 16 n. 1 (2019): Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1878>. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRAVO, Maria Ines Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. **As contrarreformas na política de saúde do governo Temer**. Argumentum, vol. 10, núm. 1, pp. 9-23, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4755/475566804003/html/>. Acesso em: 11 de jan. 2024.

CAMPANUCCI, Fabrício da Silva, et al. **O Serviço Social como uma profissão em saúde**. Universidade Estadual de Londrina– UEL, 24 ago. 2012. Disponível em: <https://www.uel.br/eventos/sepech/sepech12/arqtxt/PDF/leticiaobaldow.pdf>. Acesso em: 12. dez. 2023.

Castro, Mayara Gouveia. **Política anti-hiv, novas diretrizes e SUS**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/25577/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20Mayara%20Gouveia%20de%20Castro.pdf>. Acesso em: 07 out. 2023.

CFESS. **O CFESS — Histórico**. Brasília, [1993- 2008?]). Disponível em: <https://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/o-cfess>. Acesso em: 15 dez. 2023.

CFESS. **ORIENTAÇÃO NORMATIVA Nº. 3/2020**. Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por Assistentes Sociais. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/normativas-do-cfess>. Acesso em: 18 dez. 2023.

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: [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: 17 nov. 2023

CFESS. **Sabe por que o Serviço Social defende a saúde pública e gratuita para a população?** Brasília, 6 de Abril de 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1885>. Acesso em: 8 dez. 2023.

CFESS. **Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde**. Brasília: CFESS, 2017. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/LivroSeminarioSaude2009-CFESS.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2023.

CFESS. **Você sabe o que é a regulação do trabalho em saúde?** Brasília, 2013. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1008>. Acesso em: 04 fev. 2024.

COHN, Amélia; Elias, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Editora Cortez, 2003.

**COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS).** Setembro de 2006. Disponível em: [www.determinantes.fiocruz.br](http://www.determinantes.fiocruz.br). Acesso em: 15 nov. 2023.

Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma.** 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticiascns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 12 Nov.2023.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Controle social na saúde.** In. MOTA, A. E. et al (orgs). Serviço Social e saúde. São Paulo: Cortez, 2007.

COUTINHO, J. A. **Democracia debilitada: a ascensão do fascismo no Brasil.** Revista Binacional Brasil-Argentina: Diálogo entre as ciências, [S. l.], v. 10, n. 01, p. 230-245, 2021. DOI: 10.22481/rbba.v10i01.8765. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rbba/article/view/8765>. Acesso em: 01 mar. 2024.

DRAIBE, Sonia Miriam. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. **Tempo social.** São Paulo, v.15, n.2, 2003.

**DEMOCRACIA é saúde.** Conferência Nacional de Saúde, 1986. 1 vídeo(42 min). Publicado pelo canal Vídeo Saúde Distribuidora Fiocruz. 1986/2013(restauração). Disponível em: [https://youtu.be/\\_HmqWCTEeQ?si=5GlaqiDUBxIHv-5J](https://youtu.be/_HmqWCTEeQ?si=5GlaqiDUBxIHv-5J). Acesso em: 04 de nov. 2023

DE OLIVEIRA, Júlio Cesar. **Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano do Brasil e dos países da América Latina e do Caribe,** 1975/2004. Análise–Revista de Administração da PUCRS, v. 17, n. 1, 2006.

FERRER, Walkiria Martinez Heinrich. **O BRASIL NA DÉCADA DE 90: O INÍCIO DO PROCESSO DE INSERÇÃO NO MERCADO MUNDIAL.** Revista Estudos, v. 10, n. 10, p. 207-232, 2006.

GABRIEL O PENSADOR. **Sem saúde.** Sony Music: 1998. In: Quebra-Cabeça. 1 vídeo (5m25s). Disponível em: <https://youtu.be/84L1ABopAwM?si=dCd0l4j8s3spORro>. Acesso em: 10 nov. 2023.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008. Disponível em: *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. Acesso em: 10 ago. 2023.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade no trabalho do Assistente Social.** São Paulo: Cortez. Disponível em: Yolanda Guerra. Acesso em: 22 nov. 2023.

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

GOVERNO FEDERAL **A nova fase da privatização,** Sessão de Comunicação Social, Brasília, 1995.

Histórico da pandemia de COVID-19. **Organização Mundial da Saúde**, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 14 nov. de 2023.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **A questão social no capitalismo. Revista Temporalis – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**. Ano 2. Nº 3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Graflina, 2001.

IAMAMOTO, Marilda. Carvalho, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 16. ed. - São Paulo, Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 2004.

IAMAMOTO, Marilda Villela et al. **Os espaços socio-ocupacionais do assistente social. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, p. 341-376, 2009.

KREIN, José Dari; SANTOS, Anselmo Luis dos; NUNES, Bartira Tardelli. **Trabalho no Governo Lula: Avanços e contradições**. IE/UNICAMP, Campinas, n. 201, fev 2012. Disponível em: <https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/artigos/3171/TD201.pdf>. Acesso em: 13 de jan. 2024.

LOPES, Maria Lucia. **(Des) estruturação do trabalho e condições para universalização da Previdência Social no Brasil**. 2011. 359 f., il. Tese (Doutorado em Política Social)-Universidade de Brasília, Brasília, 2011. p. 89-136.

MARQUES, Nadianna Rosa; BELLINI, Maria Isabel Barros. **Pandemia do COVID-19: a importância do Serviço Social em processos disruptivos da dinâmica social**. Anais do V SERPINF e III SENPINF. PUCRS.

MOTA, Ana Elizabete; RODRIGUES, Mavi. **Legado do Congresso da Virada em tempos de conservadorismo reacionário**. R. Katál., Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 199-212, maio/ago. 2020.

MUSTAFÁ, Maria Alexandra da Silva Monteiro. SOUZA, Rodriane de Oliveira. MIOTO, Regina. **Ética e bioética em saúde: dilemas do cotidiano dos assistentes sociais pensados a luz do projeto ético- político profissional**. CFESS, Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, p. 105-129, Brasília, 2017.

Netto, José Paulo. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. Coleção questões da nossa época, v.2, SP. Ed.Cortez, 1993.

OLIVEIRA, Juliana. **Brasil chega à marca de 700 mil mortes por Covid-19. [Brasília]: Ministério da Saúde(MS)**, 28 de mar. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/brasil-chega-a-marcade-700-mil-mortes-por-covid-19>. Acesso em: 20 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE(OPAS). **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus**. 30 jan. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declarespublic-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em: 06 jan. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para compreensão e crítica**. Salvador: Ed. UFBA; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira**. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2023.

PONTE, Carlos Fidelis; REIS, José Roberto Franco; FONSECA, Cristina M. O. **Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes?** In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (Org.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COC; FIOCRUZ/EPJSV, 2010. p. 111-150. Disponível em: *Saúde e medicina previdenciária*. Acesso em: 02 ago. 2023.

PONTES, Reinaldo Nobre. **A categoria de mediação em face do processo de intervenção do Serviço Social**. Rio de Janeiro, 2009, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Disponível em: <https://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/rafaela.ribeiro/instrumentos-etecnicas-de-intervencao/pontes-r-mediacao-e-servico-social>. Acesso em: 20 nov. 2023.

REIS, Camila Ramos. PAIM, Jairnilson Silva. **A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011- 2016)**. *Divulg. saúde debate*. 2018. p. 101-114.

SANTOS, Marta Alves. **Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos**. *R. Katál.*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/sk3wMnW6NFQWWWNjQ3YNNrB/?format=pdf&lang=p>. Acesso em: 15 nov. 2023.

SANTOS, Giselli Caetano. **A dimensão social da AIDS: avanços e retrocessos da política de enfrentamento na particularidade de Pernambuco [tese de doutorado]**. Recife: Universidade Federal de Pernambuco. Pós-graduação em Serviço Social, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/12010>. Acesso em: 08 out. 2023.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. **O conceito de saúde**. *Rev. Saúde Pública*, 31 (5): 538-42, 1997.

SILVA, Jones Manoel. **Um balanço do primeiro ano do Governo Lula**. 1 Vídeo. (1h09min13s). Publicado pelo canal Jones Manoel, 2023. Disponível em: [https://youtu.be/\\_Fw0l2XKmQk?si=a4UrAr8wsCAVolna](https://youtu.be/_Fw0l2XKmQk?si=a4UrAr8wsCAVolna). Acesso em: 10 dez. 2023.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o sus hoje: impactos e demandas ao serviço social**. 2010. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9499>. Acesso em: 12 nov. 2023.

SOARES, Raquel Cavalcante. **Contrarreforma no SUS e o serviço social [recurso eletrônico]** /. Raquel Cavalcante Soares. – Recife : Ed. UFPE, 2020. Disponível em:

<https://editora.ufpe.br/books/catalog/download/70/120/322?inline=1>. Acesso em: 22 nov. 2023.

SOARES, Raquel Cavalcante; MELO, Delaine Cavalcanti Santana de; VIEIRA, Ana Cristina de Souza. **Serviço social no enfrentamento à Covid-19**, Recife: PróReitoria de Extensão e Cultura da UFPE ; Ed. UFPE, 2021. Disponível em: SERVIÇO SOCIAL. Acesso em: 16 nov. 2023.

SOUZA, Rodriane de Oliveira; LIMA, Marcela Natacha dos Santos Caxias de. **A expansão do setor privado no SUS: contrarreformas na saúde do governo bolsonaro**. 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais , Brasília, v. 16, n. 1, p. 1-13, 08 fev.2020. Disponível em:<https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1926>. Acesso em: 14 dez. 2023.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury; PINHO, Carlos Eduardo Santos. **Liquefação da rede de proteção social no Brasil autoritário**. In: Katálysis, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 14-42, jan./abr. 2018.

TEIXEIRA, Rodrigo Alves; PINTO, Eduardo Costa. **Economia política dos governos FHC, Lula e Dilma: dominância financeira, bloco no poder e desenvolvimento econômico**. Economia e Sociedade, Campinas, v. 21, n. 3 (46), p. 909-941, dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ecos/a/WRPZxp3LrymkXcqsR6gmNXD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2024.

TRINDADE, Rosa Lúcia Predes. **Saúde e trabalho: impactos nas condições de trabalho dos assistentes sociais**. CFESS, Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, p. 94-104, Brasília, 2017.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **Saúde e Serviço Social: tendências nos anos 2000**. Faculdade de Serviço Social - UERJ. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.unirio.br/cchs/ess/Members/janaina.bilate/programas-disciplinas2017.1/estagio-supervisionado-ii/saude-e-servico-social-tendencias-nos-anos2000/view>. Acesso em: 6 dez. 2023.

WILLIAMSON, John. (1989). **What Washington Means by Policy Reform**. In: Latin American Adjustment: How Much has Happened. Institute for International Economics. Washington, D.C.