



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

ADRIANA CASSIMIRO DE OLIVEIRA

**Serviço Social na Política de Saúde no Brasil: atribuições
e competências profissionais**

SOUSA-PB

2023

ADRIANA CASSIMIRO DE OLIVEIRA

**Serviço Social na Política de Saúde no Brasil: atribuições e
competências profissionais**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito final para
conclusão do curso de Bacharel em
Serviço Social da Universidade
Federal de Campina Grande –
Campus Sousa (CCJS).

Orientadora: Ma. Franciele da Silva Santos

SOUSA-PB

2023

O48i

Oliveira, Adriana Cassimiro de.

Serviço social na política de saúde no Brasil: atribuições e competências profissionais / Adriana Cassimiro de Oliveira. – Sousa, 2023.
49 f. : il. color.

Monografia (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, 2023.

"Orientação: Profa. Ma. Maria Franciele da Silva Santos". Referências.

1. Serviço Social. 2. Política de Saúde – Brasil. 3. Sistema Único de Saúde (SUS). 4. Crise do Capital. 5. Neoliberalismo - Atribuições e Competências. 6. Profissionais Assistentes Sociais. I. Santos, Maria Franciele da Silva. II. Título.

CDU 36(043)

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA SEVERINA
SUELI DA SILVA OLIVEIRA CRB-15/225

ADRIANA CASSIMIRO DE OLIVEIRA

Serviço Social na Política de Saúde no Brasil: atribuições e competências profissionais

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito final para conclusão do curso de Bacharel em Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Sousa (CCJS).

Orientadora: Ma. Franciele da Silva Santos

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **FRANCIELE DA SILVA SANTOS**
Data: 09/12/2023 11:37:13-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a. Ma. Franciele da Silva Santos (Orientadora)
Universidade Federal de Campina Grande

Documento assinado digitalmente
 **REGINALDO PEREIRA FRANÇA JUNIOR**
Data: 09/12/2023 10:46:42-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^o. Dr Reginaldo França Junior (Examinador)
Universidade Federal de Campina Grande

Documento assinado digitalmente
 **MARIA DA CONCEICAO SILVA FELIX**
Data: 09/12/2023 11:17:47-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a Dr^a Maria da Conceição Silva Felix (Examinadora)
Universidade Federal de Campina Grande

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pela minha vida, e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho, quero agradecer a todos/as pessoas que contribuíram ao longo desse percurso para que eu conseguisse finalizar essa etapa da minha vida. Sou extremamente grata a todos/as que contribuíram não só para minha formação profissional, mais também aos que me ajudaram a chegar até ao ensino superior.

Agradeço aos meus pais Ana Maria e Das Chagas e meus irmãos Júnior e Henrique que sempre me motivaram a entrar na faculdade e seguir até o fim, que ao longo de um ano deixaram seus afazeres para ir me deixar 5 horas da manhã no ponto de ônibus, fazer minha comida, e ao longo de 4 anos não estarem comigo em casa, me deixarem morar em outra cidade, sentindo saudades da filha deles, quero agradecer por cada esforço que fizeram para que eu hoje esteja formada, e almejando o melhor para meu futuro. Agradeço e dedico também este trabalho a minha amiga Claudianne que me deu um lar, conforto, recursos materiais e emocionais para que eu pudesse concluir minha faculdade, esteve comigo desde a entrega da papelada até a colação de grau, você foi essencial, agradeço também aos meus amigos Jorge e Anniely que sempre me ajudaram nesse processo de inserção na faculdade, e foram meus colegas, e suportaram o peso do processo junto a mim, também quero agradecer a todos meus familiares que me ajudaram a chegar até aqui. E principalmente aos que me apoiaram sempre em todas as escolhas difíceis que tive que enfrentar.

Quero agradecer aos meus colegas de curso, a todos que me ajudaram em momentos que mais precisei, também quero agradecer a todos/as os professores/as do curso de Serviço Social da UFCG, que contribuíram para meu aprendizado, sem vocês meus professores nada disso seria possível,

obrigada por sempre irem além da teoria, por mostrarem o lado humano, empático e trazerem felicidade para nossos momentos de aprendizagem. Também quero agradecer a Professora Franciele que o contribuiu bastante para a construção e conclusão da escrita desse trabalho de conclusão de curso, desde já agradeço por todos os conselhos e pelas preciosas dicas para melhorar meu trabalho.

Agradeço também ao professor Reginaldo e a professora Conceição por aceitarem fazer parte da minha banca examinadora.

Por fim dedico este trabalho a todos que falaram que eu não conseguiria, que duvidaram do meu potencial, isso só me fez querer mais ainda concluir meu curso e me tornar uma profissional competente. Pois só eu sei o quanto foi difícil chegar até aqui, o quanto de obstáculos tive que enfrentar para finalmente descobrir que Serviço Social, é uma profissão maravilhosa. Agradeço a todos/as que participaram de forma direta ou indiretamente desse sonho que hoje estou concluindo, ao meu Avô que já não está mais do meu lado, mas que sempre teve orgulho de mim, meu muito obrigada!

Encerro assim citando uma frase coesa com este momento, “Que todos os nossos esforços estejam sempre focados no desafio à impossibilidade, todas as grandes conquistas humanas vieram daquilo que parecia impossível.”
(Charles Chaplin)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo refletir acerca do trabalho da/o Assistente Social na Política de Saúde no Brasil, a destacar suas atribuições e competências em contexto de ofensiva Neoliberal. Neste sentido, foi necessário discutir a trajetória histórica do Sistema Único de Saúde (SUS), desde antes de sua implementação até hoje, conhecendo também as principais dificuldades encontradas no processo, e de que forma tal política é vigente. Essa discussão crítica também é fundamental para reconhecer as dificuldades de inserção das/os assistentes sociais na área da saúde diante dos desafios atuais que esses profissionais enfrentam nesse campo. Assim sendo é indispensável citar as Competências e atribuições das/os Assistentes Sociais na política de saúde. Para a elaboração deste trabalho foi realizada pesquisa bibliográfica que incluiu artigos científicos, livros e legislações. O estudo destaca o Serviço Social como uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho. A profissão possui competências e atribuições profissionais que permitem reconhecer e intervir nas demandas sociais, institucionais, socioeconômicas e culturais dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O interesse pelo tema partiu de um anseio profissional na área, e devido realização do estágio supervisionado vivenciado na Unidade de Pronto Atendimento-UPA, no ano de 2022, quando foi tida a oportunidade observando as dinâmicas, suas particularidades, e suas reais contribuições, assim decidi contribuir com este trabalho em prol de demonstrar as atribuições destes profissionais no âmbito da saúde refletindo sobre os desafios e possibilidades profissionais. Para isso, é necessário utilizar mediações teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operacionais alinhadas aos propósitos do SUS. Essas mediações permitem a construção de propostas diante dos desafios enfrentados no dia a dia para garantir o direito à saúde. O trabalho dos assistentes sociais nas instituições de saúde é apresentado como um mediador entre os diferentes interesses e conflitos, buscando garantir os direitos dos usuários do SUS.

Palavras-chaves: Serviço Social; Política de saúde; SUS; atribuições e competências.

ABSTRACT

This work aims to reflect on the work of Social Workers in Health Policy in Brazil, highlighting their duties and competencies in the context of a Neoliberal offensive. In this sense, it was necessary to discuss the historical trajectory of the Unified Health System (SUS), from before its implementation until today, also knowing the main difficulties encountered in the process. This critical discussion is also essential to recognize the difficulties of insertion of social workers in the health area given the current challenges that these professionals face in this field. Therefore, it is essential to mention the Skills and duties of Social Workers in health policy. To prepare this work, bibliographical research was carried out, including scientific articles, books and legislation. The study highlights Social Work as a profession inserted in the social and technical division of labor. The profession has professional competencies and responsibilities that allow it to recognize and intervene in the social, institutional, socioeconomic and cultural demands of users of the Unified Health System (SUS). The interest in the topic came from a professional desire in the area, and due to the supervised internship experienced at the Emergency Care Unit-UPA, in the year 2022, when we had the opportunity to observe the dynamics, their particularities, and their real contributions, as well I decided to contribute to this work in order to demonstrate the responsibilities of these professionals in the health sector, reflecting on professional challenges and possibilities. The method used refers to qualitative, given that the descriptive research objective was used, using bibliographical research. To achieve this, it is necessary to use theoretical-methodological, ethical-political and technical-operational mediations aligned with the purposes of the SUS. These mediations allow the construction of proposals to face the challenges faced on a daily basis to guarantee the right to health. The work of social workers in health institutions is presented as a mediator between different interests and conflicts, seeking to guarantee the rights of SUS users.

Keywords: Social Work; Health policy; SUS; roles and competencies.

LISTA DE SIGLAS

CFESS	Conselho Federal de Serviço Social.
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social.
CF	Constituição Federal.
OMS	Organização Mundial de Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde.
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde.
UBSFs	Unidades Básicas de Saúde da Família.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: CONQUISTAS E DESAFIOS	12
2.1 CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	17
2.2 OS REBATIMENTOS DA CRISE DO CAPITAL E O NEOLIBERALISMO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	21
3 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE:INSERÇÃO E TRABALHO PROFISSIONAL NA POLÍTICA DE SAÚDE DO BRASIL.....	25
3.1 COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DAS/OS ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS	48

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo refletir acerca do trabalho da/o Assistente Social na Política de Saúde no Brasil em contexto de ofensiva Neoliberal, tratando da perspectiva do projeto privatista e sanitário, dentre outros, contextualizando a contemporaneidade com destaque para os desafios da política em contexto de pandemia.

A construção deste trabalho se pauta na metodologia de pesquisa bibliográfica, baseada em estudos de livros, artigos, textos e o documento “*Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na saúde*” no qual representa o exercício profissional da/o Assistente Social na prática cotidiana na Política de Saúde. Como aporte teórico, teremos autoras/es Bravo 2009, Carvalho 2010, Matos 2017, dentre outros, além do aparato normativo da profissão, como a Lei 8662/93 que regulamenta a profissão.

O interesse pelo tema partiu de um anseio profissional na área, e devido realização do estágio supervisionado vivenciado na Unidade de Pronto Atendimento-UPA, no ano de 2022, quando foi tida a oportunidade observando as dinâmicas, suas particularidades, e suas reais contribuições, assim decidi contribuir com esta pesquisa em prol de demonstrar as atribuições destes profissionais no âmbito da saúde refletindo sobre os desafios e possibilidades profissionais, em que discutir sobre esse tema ainda se torna relevante por ter a possibilidade de contribuir com a reflexão acerca da inserção profissional nesta área tão abrangente e dinâmica ao qual é de importante discussão no âmbito acadêmico para os futuros profissionais que ocupam este espaço.

Assim, poderemos refletir que o trabalho das/os assistentes sociais têm suas próprias necessidades dentro do contexto da saúde pública, capaz de nos fazer indagar sobre o assunto e buscar entender sua importância na saúde pública. O Serviço Social desempenha um papel fundamental na elaboração e execução de políticas sociais públicas, permitindo que os profissionais atuem de forma direta na organização e mobilização da sociedade. Eles têm a responsabilidade de garantir a concretização dos direitos sociais e promover o desenvolvimento pleno da sociedade em seu contexto geral.

Assim, está pesquisa foi contextualizado e dividido em dois capítulos. No primeiro, discutiremos a política de saúde no Brasil, a destacar conquistas e desafios no processo de desenvolvimento da política de saúde no país, abordando a construção do SUS e o rebatimento da crise do capital na política de saúde. Quanto ao segundo, “Serviço Social e saúde: inserção e trabalho profissional na política de saúde no Brasil”, contextualizando brevemente, a profissão, a inserção profissional na política de saúde, sua importância e reconhecimento nesta área, a partir dos parâmetros de atuação na saúde como a/o assistente social se organiza em cada área, a destacar as atribuições e competências profissionais.

Dessa forma, realizei reflexões sobre o papel das/dos assistentes sociais na saúde pública, o que naturalmente leva ao debate sobre a implementação efetiva do SUS, as habilidades profissionais necessárias e as ações relevantes para o trabalho na área da saúde. Também discutiremos os diferentes obstáculos decorrentes das políticas de saúde, das limitações do processo de mediação profissional, das características de um hospital de emergência e de suas interações. Podemos constatar que são muitos os desafios profissionais enfrentados.

2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: CONQUISTAS E DESAFIOS

A classe trabalhadora desempenha um papel fundamental na justificativa da intervenção do Estado na política de saúde devido às suas necessidades específicas, impacto na produtividade econômica e importância de garantir o acesso universal a serviços de saúde.

Sem um sistema de saúde acessível, os trabalhadores geralmente não tinham acesso a serviços médicos adequados. Isso acontecia porque o atendimento médico era caro e muitas vezes apenas disponível para as classes mais privilegiadas da sociedade, as condições de trabalho na época eram frequentemente perigosas e insalubres. Os trabalhadores eram expostos a riscos físicos e químicos que afetavam sua saúde, como falta de proteção adequada, exposição a substâncias tóxicas e falta de medidas de segurança no ambiente de trabalho, muitos trabalhadores desenvolviam doenças ocupacionais devido à exposição prolongada a condições de trabalho insalubres. Isso incluía doenças respiratórias devido à inalação de poeira ou produtos químicos, problemas musculoesqueléticos devido a posturas e movimentos repetitivos e outras condições relacionadas ao esforço físico excessivo e estresse.

Sem um sistema de saúde público focado na prevenção, muitos trabalhadores não tinham acesso a exames de rotina, vacinação e educação sobre saúde preventiva. Isso levava a um aumento na incidência de doenças que poderiam ter sido evitadas ou detectadas precocemente, os trabalhadores frequentemente não tinham direito a licenças médicas remuneradas, seguro saúde ou outros benefícios sociais relacionados à saúde. Isso significava que eles eram forçados a continuar trabalhando mesmo quando estavam doentes, resultando em agravamento de suas condições de saúde e aumento do risco de transmissão de doenças.

Neste viés, o Sistema de Saúde brasileiro vigente é resultante dos processos de luta da sociedade. Assim é de suma importância relatar como a saúde pública se constituiu no Brasil até a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), e entendermos o percurso histórico e os desafios que foram

enfrentados pelo povo brasileiro, compreendendo a relevância do Sistema Único de Saúde (SUS) na vida de inúmeras pessoas desde sua criação.

A classe trabalhadora tinha acesso limitado a cuidados médicos, sem um sistema de saúde acessível, os trabalhadores geralmente não tinham acesso a serviços médicos adequados. Isso acontecia porque o atendimento médico era caro e muitas vezes apenas disponível para as classes mais privilegiadas da sociedade, muitos trabalhadores desenvolviam doenças, isso incluía doenças respiratórias devido à inalação de poeira ou produtos químicos, problemas musculoesqueléticos devido a posturas e movimentos repetitivos e outras condições relacionadas ao esforço físico excessivo e estresse.

Assim sem um sistema de saúde público focado na prevenção, muitos trabalhadores não tinham acesso a exames de rotina, vacinação e educação sobre saúde preventiva. Isso levava a um aumento na incidência de doenças que poderiam ter sido evitadas ou detectadas precocemente, os trabalhadores frequentemente não tinham direito a licenças médicas remuneradas, seguro saúde ou outros benefícios sociais relacionados à saúde. Isso significava que eles eram forçados a continuar trabalhando mesmo quando estavam doentes, resultando em agravamento de suas condições de saúde e aumento do risco de transmissão de doenças. Neste sentido a classe trabalhadora era uma das mais afetadas, o que acarretou a intervenção do Estado em promover saúde.

Durante o período colonial e imperial, o Brasil passou uma época em que várias doenças transmissíveis assolaram o país, trazidas pelos colonizadores portugueses, pessoas escravizadas e imigrantes estrangeiros que chegavam por meio do comércio ou da imigração. Como coloca Bravo (2013, p.113) “A situação da Saúde em meados do século XIX, apresentava-se péssima, com mortalidade elevada e presença de diversas doenças[...]”. Muitas dessas doenças foram endêmicas, afetando a população local, enquanto outras resultaram em epidemias que causaram a morte de muitas pessoas.

O acesso às políticas de saúde não era garantido a todos, e só se dava a sua promoção em grandes surtos epidêmicos. Tendo em vista que havia impacto na produção e conseqüentemente na economia já que os trabalhadores não estavam em seus exercícios, e assim os capitalistas faziam algo pelos que estavam ligadas as instituições.

A situação da saúde da população apresentava o mesmo panorama do período anterior, com predomínio das doenças pestilenciais como cólera, febre amarela, malária, tuberculose tifo, peste, varíola, gripe espanhola e outras. As condições de saneamento básico eram bastante precárias e várias epidemias matavam a população e dificultavam o recrutamento de trabalhadores da Europa (AGUIAR, 2015, p. 20).

Nessa época não havia políticas de saúde, eram realizadas medidas que minimizassem os problemas de saúde, pois estes afetavam diretamente a produção econômica e o comércio internacional.

Com o crescimento de visibilidade da classe trabalhadora a saúde pública surge como questão social, já que as condições de trabalho afetava nos resultados da mão de obra.

A Saúde Pública cresce com a “questão social”, adquirindo novo relevo no discurso do poder. A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922. (BRAVO, 2009, p.03).

Dessa forma, a saúde pública cresceu em importância ao se tornar uma questão social e uma preocupação do poder central. A reforma Carlos Chagas foi um exemplo de uma estratégia adotada pelo governo para ampliar o acesso à saúde, promover o desenvolvimento do país e enfrentar a crise política em curso.

Conforme citação feita por Bravo (2013, p.122), questões de higiene e saúde dos trabalhadores foram levadas em questão, nesse sentido em 1923 foi criado as Caixas de Aposentadoria e Pensões, por meio da Lei Elói Chaves, onde as grandes empresas aderiam seu financiamento, que se pautava em contribuições dos empregados, organizados pela empresa, no qual tinham como direito a Assistência Médica, medicamentos, aposentadoria, auxílio funeral, dentre outros, mas os “benefícios” excluía os assalariados que recorriam a medidas próprias, a medicina popular.

A política de saúde da década de 1930 também foi marcada pela criação de serviços médicos especializados, tais como os serviços de tuberculose, lepra e endemias, bem como de serviços de saneamento básico. Logo a

década de 1930 foi marcada pela criação da Política Nacional de Vacinação, a qual foi implementada com base em leis federais, estaduais e municipais, visando a prevenção de doenças infecciosas, muito comuns na época.

As principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940 [...] Ênfase nas campanhas sanitárias; Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana); Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública. (BRAGA E PAULA, 1986: p 53-55 *Apud* BRAVO, 2009 p.04)

Essas medidas foram importantes para melhorar as condições de saúde da população brasileira na época, combatendo doenças endêmicas, promovendo a prevenção e ações de educação em saúde, além de fortalecer a organização e coordenação dos serviços de saúde no país.

Segundo Aguiar (2015), passaram a ser implementadas algumas medidas com o intuito de assegurar a força de trabalho, para que o processo de produção não fosse interrompido. Buscando a assistência médica que era oferecida pela Previdência Social, e a partir de 1933 as CAPs se transformaram em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), reorganizando o setor previdenciário, a medicina previdenciária, por sua vez, foi implantada em 1935, com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), para promover o atendimento médico-hospitalar aos trabalhadores em regime de contrato de trabalho.

Em 1937, foi criada a Lei de Assistência Social, que visava proporcionar atendimento médico, internação e assistência social às pessoas em situação de vulnerabilidade.

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,2009 p.05).

Segundo Bravo (2009), no período de 1945-1950 a Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada, previa a criação de um Conselho Nacional de Saúde, a implementação de um sistema de assistência médica gratuita e a organização de serviços de saúde em todo o país. Em 1957, foi criado o Ministério da Saúde, que passou a ter a responsabilidade de organizar, planejar e executar as políticas nacionais de saúde. Além disso, a Política Nacional de Saúde também foi responsável pelo desenvolvimento de políticas de prevenção e controle de doenças, pela criação de programas de educação sanitária, pelo aumento da qualidade dos serviços de saúde, pela melhoria das condições de saneamento básico e pela ampliação dos serviços de vigilância epidemiológica.

Em 1950, foi criada a Secretaria de Estado da Saúde em São Paulo, a qual passou a desenvolver ações de promoção da saúde. Em 1951, foi criada a Política Nacional de Saúde, que visava promover programas de prevenção e controle de doenças, melhorar as condições de saneamento, implementar programas de educação sanitária e organizar serviços de assistência à saúde. A Política Nacional de Saúde foi responsável pelo crescimento do número de leitos em hospitais e unidades de saúde, pelo aumento dos serviços de vigilância epidemiológica para combater a endemias, pelo desenvolvimento de programas de educação sanitária, entre outros.

Em contexto de ditadura militar:

A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social [...] A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966 (BRAVO,2009 p.06-07).

Esse processo de medicalização da vida social foi impulsionado pela ideia de que a saúde é uma responsabilidade individual e que as questões sociais podem ser resolvidos a partir de intervenções médicas. A medicalização da vida social também pode ser vista como uma forma de controle social, onde comportamentos desviantes e inadequados são tratados como patológicos e

são remediados por meio da intervenção médica. Isso pode resultar em uma diminuição do olhar crítico sobre os fatores sociais, culturais e econômicos que estão na raiz dos problemas, desviando a atenção e a responsabilidade das questões estruturais para o indivíduo. Dessa forma, ao invés de investir em políticas públicas que visam melhorar as condições de vida da população, o foco passou a ser o tratamento de doenças já estabelecidas.

A política de saúde na década de 1980 foi assinalada por relevantes discussões e manifestações a favor do desenvolvimento do Projeto de Reforma Sanitária. Nesse período, o sistema de saúde brasileiro se caracterizava por disparidades e restrições, com uma significativa predominância da área particular e um alcance restrito aos serviços de saúde (BRAVO, 2009).

Conforme Bravo (2009) o movimento da Reforma Sanitária adquiriu relevância graças à resistência empreendida pelos profissionais da saúde, pelos grupos sociais e pelos especialistas do campo. Essa mobilização ambicionava promover mudanças profundas nas diretrizes de saúde, estabelecendo um sistema abrangente e justo, estruturado com base nos fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como reflete Bravo, (2009 p.09);

Universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva.

O Projeto de Reforma Sanitária defendia a criação de um sistema de saúde público, universal e gratuito, financiado por recursos públicos, e organizado de forma descentralizada, com a participação da sociedade na gestão e controle das políticas de saúde. Além disso, o projeto destacava a importância da promoção da saúde e da prevenção de doenças, no lugar do modelo curativo e hospitalocêntrico que predominava na época.

Nesse contexto, foram realizadas diversas conferências e encontros para discutir a política de saúde. Enquanto marco tivemos a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que teve como tema central a "Reforma Sanitária: conquista social". Esses espaços de debate foram fundamentais para a construção de propostas e para a definição dos princípios que orientariam a nova política de saúde.

Assim, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois, em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa no setor. (BRAVO,2009 p.12)

Um dos principais avanços da política de saúde na década de 1980 foi a aprovação da Constituição de 1988, que reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado. A partir desse marco legal, o SUS foi oficialmente criado, abrindo caminho para a implementação das propostas da Reforma Sanitária.

Perpetuando a aprovação da Constituição, se estabeleceu a seguridade social como um dos princípios fundamentais do Estado brasileiro, garantindo direitos como saúde, assistência social e previdência social para todos os cidadãos. A partir de então, foram criados diversos programas e políticas públicas voltadas para a proteção social no país.

A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social(Constituição Federal, 1988, Art,194).

O tripé da seguridade social é composto por três grandes políticas, que juntas garantem a proteção social e o bem-estar da população de um país. As três partes do tripé são: Previdência Social: abrange a proteção aos trabalhadores e suas famílias em casos de doença, acidentes, aposentadoria, desemprego, invalidez, entre outras situações em que o indivíduo não pode mais trabalhar. Assistência Social: tem como objetivo fornecer assistência aos indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social, como aqueles que têm renda insuficiente para suas necessidades básicas, pessoas com deficiência, idosos, crianças em situação de risco, entre outros. Saúde: abrange o sistema de saúde público, que tem como objetivo garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a recuperação da saúde.

As políticas de proteção social, nas quais se incluem a saúde, a previdência e a assistência social, são consideradas produto histórico das lutas do trabalho, na medida em que respondem pelo atendimento de necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado e pelo patronato (MOTA,2009, p.01).

Essas políticas surgiram como uma resposta às demandas por melhores condições de vida e trabalho, garantindo direitos e amparo social para os trabalhadores. Elas refletem a importância de se promover a justiça social e a equidade, assegurando que todos tenham acesso a serviços essenciais e proteção social adequada.

2.1 CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

No artigo 196 do texto da Constituição Federal de 1988 consta que:

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

Neste viés, a regulamentação do SUS só ocorreu em 1990, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde 8.080 que foi promulgada em 19 de setembro e estabelece as diretrizes para a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. A lei tem como objetivo garantir o direito à saúde como dever do Estado, por meio de políticas públicas que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde da população. Ela também estabelece os princípios que regem o SUS, como a universalidade, integralidade, equidade e participação social, estabelece os princípios, diretrizes e responsabilidades para a organização do Sistema Único de Saúde no Brasil (BRASIL, 1990).

Segundo o Ministério da Saúde (1990), o princípio da universalidade é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. O indivíduo, assim, passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público.

O princípio da integralidade é o reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam

também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (BRASIL, 1990, p.05).

O princípio da equidade significa assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos (BRASIL, 1990, p,05).

O objetivo dos princípios organizativos do SUS é estabelecer a estrutura da rede de serviços através da descentralização, hierarquização, regionalização e participação social.

A descentralização é uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, as ações cuja abrangência é municipal deverão estar sob a responsabilidade de cada governo municipal; as ações cuja abrangência é estadual ou uma região estadual deverão estar sob a responsabilidade do governo estadual; e, as que forem de abrangência nacional deverão estar sob a responsabilidade federal. (BRASIL, 1990, p,05).

Gama et al. (2013), relata que é essencial redefinir as atribuições dos diferentes níveis de governo, fortalecendo o poder municipal no que diz respeito à saúde. Esse processo, conhecido como municipalização, confere à instância municipal a maior responsabilidade na implementação de ações de saúde direcionadas diretamente aos seus cidadãos.

A hierarquização significa que a organização e distribuição dos serviços de saúde devem ser realizadas de ordem crescente de acordo com o grau de complexidade tecnológica. Gama et al. (2013) afirmam que a hierarquização é um componente fundamental da regionalização, uma vez que estabelece uma relação interdependente de tal forma que não podemos considerar uma sem necessariamente considerar a outra.

A regionalização é a articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, compreendendo as noções territoriais na identificação de prioridade de intervenção e na conformidade de sistemas funcionais de saúde, garantindo acesso a população, integralidade e resolutividade na atenção à saúde, ou seja, além de organizar os serviços de saúde de cada região ela também garante que a sociedade tenha acesso a todos os tipos

de atendimento conforme os níveis de atenção, de acordo com a complexidade de cada caso. (GAMA, et. al., 2013).

A Lei 8142 de 1990 que estabelece as diretrizes para a participação da comunidade na gestão do SUS e para o controle social na saúde, que é fundamental para garantir a participação da sociedade na gestão e controle do SUS, fortalecendo a democracia no sistema de saúde brasileiro, especificando as organizações do SUS.

Para garantir o acesso igualitário aos serviços de saúde, o SUS se organiza em três esferas de gestão: a federal, estadual e municipal. Cada uma dessas esferas tem responsabilidades específicas na implementação da política de saúde, mas todas devem trabalhar de forma integrada para garantir a efetividade do sistema.

De acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Além disso, o SUS também busca promover a participação popular na gestão da saúde. Isso é feito por meio dos Conselhos de Saúde, que são espaços de participação e controle social, compostos por representantes da sociedade civil e do poder público. Esses conselhos têm como objetivo discutir e elaborar propostas relacionadas à saúde, além de fiscalizar e acompanhar a execução das políticas de saúde.

Dentro da estrutura do SUS, há diversas políticas específicas que visam abordar questões de saúde pública, como por exemplo a Política Nacional de Atenção Básica, que busca fortalecer a atenção primária à saúde e a Política Nacional de Vigilância em Saúde, que tem como objetivo prevenir, controlar e eliminar riscos e agravos à saúde.

A implementação do SUS envolve várias ações e medidas, incluindo: Estruturação da rede de saúde: O SUS trabalha com uma rede hierarquizada de serviços de saúde, que inclui desde atenção primária, com as unidades básicas de saúde, até serviços de alta complexidade, como hospitais de referência e unidades especializadas. A implementação do SUS envolve a

construção e manutenção dessas unidades de saúde, além da articulação entre elas para garantir o fluxo adequado de pacientes.

O financiamento do SUS é realizado com recursos do governo federal, estadual e municipal. A implementação do SUS envolve a garantia de recursos adequados para o funcionamento dos serviços de saúde, o que inclui desde o pagamento dos salários dos profissionais de saúde até a compra de medicamentos e equipamentos.

O SUS é gerido de forma descentralizada, com participação e controle social, envolve a capacitação e contratação de profissionais de saúde qualificados, bem como o estabelecimento de mecanismos de controle e monitoramento da qualidade dos serviços prestados. Além disso, a participação dos usuários e da comunidade na gestão do sistema também é fundamental para garantir a transparência e eficácia das ações.

A implementação do SUS envolve a realização de campanhas de vacinação, programas de educação em saúde, incentivo à prática de atividades físicas e outros esforços para melhorar a qualidade de vida da população.

Além de garantir um acesso universal, onde todos os cidadãos tenham direito a receber os serviços de saúde necessários. Isso inclui o atendimento de urgência e emergência, a realização de exames e a disponibilização de medicamentos essenciais. Integração e articulação com outras políticas públicas: O SUS não atua isoladamente na promoção da saúde e prevenção de doenças. A implementação do SUS também envolve a integração e articulação com outras políticas públicas, como políticas de saneamento básico, educação, habitação, entre outras, que têm impacto direto na saúde da população.

Sua importância é evidente ao fornecer atendimento médico, medicamentos, exames e tratamentos de forma gratuita ou a preços acessíveis, beneficiando especialmente aqueles que não possuem recursos financeiros para arcar com despesas médicas privadas. Além disso, o SUS também promove a prevenção de doenças, a promoção da saúde e a realização de campanhas de vacinação em larga escala, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e o bem-estar da população em geral.

A implementação do SUS é um processo contínuo e complexo, que envolve diversas áreas de atuação e ações. É necessário o envolvimento de

diferentes atores, como gestores públicos, profissionais de saúde e usuários, para garantir a efetividade do sistema e o cumprimento dos seus princípios fundamentais.

2.2 OS REBATIMENTOS DA CRISE DO CAPITAL E O NEOLIBERALISMO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

O sistema capitalista é marcado, desde sua gênese, pela ocorrência alternada de momentos de crises e de fases de expansão, modificando-se apenas algumas especificidades de acordo com o período histórico e com o grau de desenvolvimento das forças produtivas. Essas crises fazem parte da dinâmica capitalista, pois expressam o caráter contraditório desse modo de produção, sendo ainda funcional a este, na medida em que criam as condições para a emergência de uma nova fase de expansão (BRAZ; NETTO, 2007).

Assim, a doutrina neoliberal implantada no Brasil se transformou em empecilho para o desenvolvimento da política de saúde pública como prevista - universal e integral. E isto aconteceu em meio a um crescente acirramento da questão social expressa por: desemprego, precarização do trabalho, baixos salários, crescimento do mercado informal, redução do sindicalismo, entre outros (ANTUNES, 1997).

A crítica neoliberal sustenta que os serviços públicos, organizados à base dos princípios de universalidade e gratuidade, super dimensionam o gasto estatal. Daí a proposta de reduzir despesas (e, em especial, os gastos sociais), diminuir atendimentos, restringir meios financeiros, materiais e humanos para implementação dos projetos. Programas focalizados e seletivos substituem as políticas sociais de acesso universal. Eles requerem cadastro e comprovação da pobreza, como se ela fosse residual, com todos os constrangimentos burocráticos e morais às vítimas de tais procedimentos. (IAMAMOTO, 2011, p. 175).

Como mencionado anteriormente, o neoliberalismo tem a característica de se concentrar em determinados grupos da sociedade ao buscar reduzir os investimentos públicos. Essa abordagem se limita à assistência apenas para as chamadas "populações vulneráveis", ou seja, para os cidadãos de baixa renda e com menor status socioeconômico.

Portanto, por um lado, as condições de vida, como moradia, lazer, trabalho, educação e saúde, estavam se deteriorando, ao passo que o Estado

estava diminuindo sua responsabilidade em relação aos direitos sociais. Embora o compromisso público na área da saúde ainda fosse formalmente mantido, na prática houve uma redução nos recursos disponíveis, o que limitou o acesso de todos aos serviços de saúde e à continuidade dos cuidados. Isso abriu espaço para ações privadas, isoladas ou complementares ao Sistema Único de Saúde (SUS), como através de planos de saúde ou consultas particulares com preços mais acessíveis. Em resumo, o Estado Mínimo na área da saúde não só permitiu a coexistência de assistência médica pública e privada como vias distintas, mas também possibilitou uma combinação de setor público e privado para usuários do SUS.

Na crise do capital, o neoliberalismo tem sido amplamente discutido e analisado como um dos principais fatores que levaram ao agravamento das desigualdades sociais e à concentração de riqueza nas mãos de poucos. Um dos principais pilares do neoliberalismo é a redução do Estado e a minimização de sua intervenção na economia. Isso significou a promoção de políticas de desregulamentação e abertura dos mercados, além da diminuição dos gastos públicos e da privatização de empresas e serviços anteriormente controlados pelo Estado.

Assim, na crise do capital, o neoliberalismo tem sido criticado por sua incapacidade de lidar com as consequências econômicas e sociais negativas, aumentando a vulnerabilidade dos mais pobres e aprofundando as desigualdades. Além disso, o modelo neoliberal tem sido questionado em relação à sua capacidade de promover o desenvolvimento sustentável, tendo em vista a sua ênfase no crescimento econômico a qualquer custo. A crise do capital, portanto, tem sido um momento de reflexão e questionamento sobre os princípios e práticas do neoliberalismo.

Em outras palavras, as crises são parte integrante do funcionamento do capitalismo, impulsionando transformações e reestruturações que permitem a continuidade do sistema econômico. Neste sentido, a partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a fazer parte da abrangente Seguridade Social brasileira, baseando-se em uma proposta de responsabilidade do Estado em garantir e democratizar o acesso da população aos serviços de saúde por meio da estruturação de uma rede regionalizada e descentralizada,

operando sob o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como foco principal a promoção de ações preventivas.

Nesse contexto, houve avanços inovadores na regulamentação das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, que trouxeram uma nova perspectiva para a definição de saúde. Agora, a saúde passou a ser compreendida de forma ampliada, levando em consideração aspectos econômicos, sociais e culturais, rompendo com a visão anterior que se limitava aos fatores biológicos e à relação saúde-doença. Além disso, foram criados mecanismos de participação social, como os Conselhos e as Conferências, que permitem que a comunidade participe na gestão, fiscalização e implementação das políticas de saúde. Essas instâncias têm como objetivo garantir a democracia nas decisões relacionadas à saúde.

Nesse sentido, de acordo com Bravo e Matos (2008), a política de saúde no Brasil tem sido marcada pelo confronto entre duas visões opostas: o projeto de reforma sanitária e o projeto de saúde privatista/vinculado ao mercado. Este último apresenta como principais direcionamentos a focalização, a diminuição dos investimentos e a ênfase no modelo centrado em hospitais.

Antes de adentrar nos rebatimentos da crise do capital na política de saúde, trago uma breve explanação do que seria esta crise. O capitalismo é o modo de extração de valor, de necessidades, através do mercado de trabalho, ou seja, a necessidade do capitalismo é o lucro. Assim sendo, a crise do capital refere-se ao colapso do sistema de produção capitalista que é resultado de um processo de acumulação excessiva de capital, que não é reinvestido e não produz lucro. Isso leva à desaceleração da produção e à redução dos empregos, reduzindo o consumo e, por sua vez, na redução da produção, deste modo, pode levar à desvalorização da moeda, à inflação e à recessão econômica.

A crise do capital repercute diretamente na política de saúde, pois as estratégias para sua autorregulação implicam na retirada de direitos da classe trabalhadora dentre eles o de acesso às políticas públicas, dentre elas a de saúde. Com a falta de recursos, as ações de saúde são limitadas, com restrições aos serviços e medicamentos fornecidos, à realização de exames, à disponibilização de medicamentos e aos outros cuidados de saúde.

Nesse sentido, a falta de recursos tem significado que os serviços de saúde estão sendo forçados a reduzir os seus gastos para se ajustar ao orçamento disponível, isso tem impactado diretamente a qualidade dos serviços de saúde, pois leva à diminuição da quantidade de profissionais de saúde, ao encolhimento dos serviços oferecidos e ao aumento dos custos para os usuários dos serviços. Além disso, a crise econômica tem dificultado o acesso aos medicamentos essenciais e às vacinas de forma a melhorar a saúde da população. Por fim, a crise também pode afetar a disponibilidade de recursos humanos qualificados, pois os governos podem reduzir os investimentos em formação, capacitação e contratação de profissionais de saúde.

Portanto, o acesso aos serviços públicos de saúde apresenta limitações, o que torna difícil para todos os indivíduos que procuram atendimento no SUS ter acesso rápido e abrangente às suas necessidades de saúde. Silva (2017) aborda algumas dessas limitações ao mencionar as possíveis causas do problema de acesso a consultas especializadas, como a quantidade de vagas abaixo do padrão, número insuficiente de médicos, dificuldade de fixação de médicos em áreas rurais, dependência excessiva do setor privado conveniado ao SUS e redução da participação da União e do estado na oferta e no financiamento de serviços.

3 . SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: INSERÇÃO E TRABALHO PROFISSIONAL NA POLÍTICA DE SAÚDE DO BRASIL

A saúde pública passa por uma constante de mudanças para assim ser devidamente efetivada como sistema público para todos, até a implementação do SUS foram inúmeras barreiras e ajustes para assim ter um sistema igualitário.

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário [...] O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde (BRAVO, 2009, p.08).

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais desde a Constituição de 1988, com princípios norteados pela democratização nas ações e serviços da saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universalizados, equitativamente deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização, bem como a equidade, universalidade e integridade.

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, 2009, p.14).

Assim, a ideia de saúde para todos era algo ainda muito distante e é neste viés que se pauta a tamanha dificuldade na efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse intervalo contextualizar como a profissão se insere na saúde, para a partir disso trazer as reflexões que seguem.

Costa (1997, p.03) considera a atuação do Assistente Social:

“Na base dessa questão, está implicada a desconsideração de que a atividade do profissional do Assistente Social, como tantas outras profissões, está submetida a um conjunto de determinações sociais inerentes ao trabalho na sociedade capitalista, quais sejam: o trabalho assalariado, o controle da força de trabalho e a subordinação do conteúdo do trabalho aos objetivos e necessidades das entidades empregadoras.[...] Neste caso, em função da sua inserção no processo de trabalho desenvolvido pelo conjunto dos trabalhadores da área da saúde.

Assim o trabalho da/o Assistente Social está muitas das vezes limitado ao capital, se regulamentam na necessidade do seu vínculo empregatício, assim encontramos subordinados exercendo funções que não lhe são competentes. Como: Realização de diagnósticos sociais, orientação e acompanhamento de benefícios sociais, elaboração e execução de planos de

intervenção social, acompanhamento e apoio psicossocial, dentre várias outras atribuições.

Note-se que nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. (COSTA, 1997, p.07).

Nesse contexto, Vasconcelos (2009, p. 05) pondera que “Esta forma de organização individual e coletiva do Serviço Social na saúde e a postura dos profissionais de se colocarem passivos, dependentes, submissos e subalternos ao movimento das unidades de saúde”

A profissão contribui no enfrentamento das expressões da questão social em sua totalidade. A/o assistente social desempenha um papel crucial dentro da área da saúde, atuando como um agente de ação social, as principais demandas do Assistente social na saúde estão relacionadas ao atendimento e acolhimento dos pacientes e seus familiares.

Esses profissionais têm como objetivo identificar as necessidades biopsicossociais dos indivíduos atendidos, buscando compreender suas condições de vida, apoio familiar e redes de suporte social. Dessa forma, o assistente social pode auxiliar na orientação e encaminhamento para os serviços e recursos adequados, visando garantir um atendimento integral e de qualidade. As demandas dirigidas ao plantão pelos usuários podem ser destacadas de acordo com o tipo de procura:

Procura espontânea: os usuários procuram espontaneamente o plantão do Serviço Social para obter acesso aos serviços da unidade, para orientações diversas ou para acesso aos serviços, orientações e reclamações; Encaminhamentos internos: encaminhamentos dos usuários para o plantão do Serviço Social – por assistentes sociais - para providenciar consultas médicas, orientação previdenciária, inserção na rotina da unidade, encaminhamentos, cadastro nos Programas; encaminhamentos internos realizados pelos profissionais de saúde e pelos demais serviços da unidade, para orientações diversas, “solução de problemas”, encaminhamentos diversos, localização de familiares e de pacientes; acesso a recursos materiais, atendimento de “casos sociais”, cartões

de visita, requerimentos; Encaminhamentos externos: na procura do plantão pelos usuários através de encaminhamento externo à unidade os usuários demandam acesso aos recursos/serviços que a unidade oferece, orientações e informações diversas. (VASCONCELOS,2009, P.07).

Neste sentido, implica dizer que os assistentes sociais atendem a essas demandas por meio de ações como "encaminhamentos internos", direcionando as pessoas para participarem de programas, projetos ou serviços oferecidos pela unidade, realizam "encaminhamentos externos", fornecendo orientações sobre como acessar recursos como INSS, Defensoria Pública, outras unidades de saúde e assistência social. Além disso, prestam "orientações diversas" sobre questões previdenciárias, documentação necessária e procedimentos para realização de exames.

Neste viés, a/o assistente social atua como um facilitador na interlocução entre os diversos profissionais de saúde, assim como na integração e encaminhamento para outros serviços externos à instituição de saúde. Essa coordenação é de extrema importância para garantir uma assistência efetiva e de continuidade aos usuários do sistema de saúde.

“Outra demanda relevante é a mediação de conflitos e enfrentamento do estigma e discriminação vivenciados por certos grupos sociais no contexto da saúde humana”. (CFESS, 2010, p.49).

Os indivíduos em sua diversidade expressam diferenças quanto às relações de gênero, étnico-racial, de orientação sexual e identidade de gênero, entre outras questões que revelam a singularidade,

O artigo 5º da Constituição Federal de 1988 assegura a igualdade, declarando que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e a propriedade (...) (BRASIL, 1988).

Nesse caso, a/o assistente social trabalha para diminuir as barreiras que podem dificultar o acesso aos serviços de saúde, promovendo a equidade e a igualdade no atendimento. Para isso, é necessário conhecer as

particularidades culturais, sociais e econômicas dos indivíduos e comunidades atendidos, sendo sensível às suas demandas específicas.

Por fim, a/o assistente social também desempenha um papel fundamental na educação em saúde e na promoção de saúde. Ele pode elaborar e desenvolver projetos de prevenção, orientação e conscientização sobre temas relevantes. Essas ações visam empoderar os indivíduos e comunidades a tomar decisões mais informadas sobre sua saúde e bem-estar.

Destarte, o início da profissão de Serviço Social no Brasil remonta à década de 1930, quando houve uma demanda significativa por profissionais nesse campo. Naquela época, um dos principais setores de atuação para esses profissionais era o da saúde, levando ao surgimento de algumas Escolas de Serviço Social que buscavam suprir essa demanda. Desde então, a formação desses profissionais sempre esteve intimamente ligada a disciplinas relacionadas à área da saúde.

Os assistentes sociais começaram a exercer sua profissão no campo da saúde por volta da década de 1940, quando começaram a prestar atendimento em ambulatórios e em hospitais especializados em saúde mental. A partir de 1945, surgiu a necessidade de expandir o Serviço Social devido ao aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças globais após o término da Segunda Guerra Mundial. Durante essa década, a atuação dos assistentes sociais na área da saúde experimentou um aumento significativo, tornando-se um dos setores que mais demandavam esses profissionais.

A inserção do Serviço Social nos serviços de saúde se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico. Assim, o assistente social foi identificado (em conjunto com outras profissões, no contexto da cooperação vertical) como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico. A relação era pautada na perspectiva de complementariedade, onde o gestor era o médico (MATOS, 2017, p. 59).

Devido a isso, eles muitas vezes assumiam tarefas que os médicos não estavam dispostos a realizar ou que consideravam fora de sua área de expertise. Naquele período, o Serviço Social estava em busca de um desenvolvimento teórico mais sólido, buscando conhecimentos de outras

disciplinas, embora estivessem influenciados por uma abordagem mais positivista.

A atuação desses profissionais estava centrada no fornecimento de assistência, com base no modelo de Serviço Social de Casos. Esse modelo, devido à sua associação com o funcionalismo, acreditava que as dificuldades enfrentadas pelos 'clientes' eram resultado de seu próprio comportamento. Portanto, acreditava-se que era necessário que os clientes modificassem seus hábitos para que as situações que estavam enfrentando pudessem ser melhoradas.

Nesse contexto, o Serviço Social passou por um período de mudanças profissionais, que se desenvolveram em três direções: Modernização conservadora; Reinterpretação do conservadorismo; e busca por uma abordagem de ruptura. No entanto, é importante ressaltar que a perspectiva modernizadora surgiu na profissão durante os anos 1960, com o objetivo de fundamentar o Serviço Social com base em diferentes princípios teóricos.

Nesse sentido, a profissão se afastou das influências da Igreja Católica e adotou uma abordagem mais positivista para orientar suas intervenções, abandonando o caráter caritativo e religioso que caracterizava suas formas iniciais. No entanto, essa abordagem se mostrou inadequada para lidar com as novas demandas emergentes na profissão.

Dessa forma, o Serviço Social entrou em uma fase de renovação conhecida como 'Intenção de Ruptura' durante os anos 1980. Nesse período, a profissão começou a adotar uma abordagem baseada no pensamento marxista com o objetivo de fundamentar as intervenções dos assistentes sociais a partir de uma perspectiva crítica. No entanto, essa corrente de pensamento, como as anteriores, enfrentou críticas e contradições por parte de diversos profissionais. Ainda assim, ela acabou se tornando predominante dentro da categoria, pois representava uma abordagem inédita para a profissão, focada na análise crítica das dinâmicas de poder na sociedade capitalista.

Assim o trabalho da/o Assistente Social está muitas das vezes limitado ao capital, se regulamentam na necessidade do seu vínculo empregatício, assim encontramos subordinados exercendo funções que não lhe são competentes.

Dessa forma, é importante ressaltar que o trabalho dos assistentes sociais não ocorre de maneira independente das circunstâncias históricas e sociais que o influenciam. A integração do Serviço Social em várias atividades de trabalho está profundamente arraigada na maneira como a sociedade brasileira e as organizações empregadoras no campo do Serviço Social definem e dividem as próprias necessidades da sociedade. A partir desse processo, elas estabelecem seus objetivos institucionais que orientam suas intervenções nessas necessidades. Isso implica que o papel dos assistentes sociais na área da saúde está em constante adaptação e evolução para atender às necessidades em constante mudança da população.

A área da saúde foi uma das áreas que alcançou mais avanços na consolidação dos direitos sociais, especialmente após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Conseqüentemente, as oportunidades de atuação para os assistentes sociais expandiram-se gradualmente. Cada vez mais, esses profissionais foram chamados a se envolver em políticas públicas, realizando intervenções voltadas para promover a noção de direitos sociais.

Apesar da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sua regulamentação só foi efetivamente realizada em 1990, por meio das leis orgânicas 8.080/90 e 8.142/90. Essas leis trouxeram inovações significativas, como uma nova concepção de saúde que passou a considerar fatores como “alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990) como determinantes importantes para o processo de saúde. Essas mudanças também tiveram um impacto substancial na prática dos assistentes sociais na área da saúde.

Segundo Paixão e Correa (2018) a partir de uma normativa legal as/os Assistentes Sociais passaram a ser inseridos com trabalhadores da área da saúde, através da resolução nº 287/98 39 que foi publicada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), este documento dispõe dos quatorze profissionais que devem compor a equipe multiprofissionais da saúde, no qual fazem parte: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física,

enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Enquanto profissional que tem em sua base de atuação a intervenção nas facetas da questão social, ao desvelar a saúde como direito e promover condições que possibilitem o acesso dos usuários, o/a assistente social contribui com o processo de construção e sensibilização destes usuários enquanto sujeitos de direitos, o que revela a atuação a partir de um direcionamento social que, além de impulsionar a emancipação dos sujeitos sociais, estimula e fortalece a universalização do acesso a saúde (CASTRO, ANDRADE, 2014, p. 118).

Com base nas ideias expressas na citação acima, fica evidente que os assistentes sociais desempenham um papel crucial na garantia dos direitos dos usuários nos serviços de saúde. Sua presença é indispensável, pois eles trazem uma perspectiva única em relação aos outros profissionais que atuam nesse campo, buscando assegurar que a população tenha acesso aos serviços oferecidos pela instituição e mediando para garantir direitos que podem ser implementados por outras instituições. Ao fazer isso, eles sempre consideram as necessidades individuais dos indivíduos e respeitam suas particularidades.

3.1 COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DAS/OS ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE

No âmbito da saúde, assim como em outros contextos ocupacionais dos assistentes sociais, existem responsabilidades que são específicas para esses profissionais. Na área da saúde, essas responsabilidades são particularmente relevantes para desenvolver estratégias eficazes na prática profissional. Dessa forma, os profissionais buscam abordar de maneira mais adequada as necessidades apresentadas pelos usuários dos serviços de saúde.

Conforme apontado por Sarreta (2008), é fundamental fazer uma análise crítica das desigualdades sociais e da orientação das políticas públicas para garantir o direito à saúde. Nesse contexto, o assistente social desempenha um

papel crucial ao contribuir para o desenvolvimento e a implementação de políticas e programas que promovam meios, procedimentos e ações para que as pessoas tenham acesso à saúde, aos serviços de saúde e aos bens e serviços produzidos pela sociedade. A efetivação dessas ações pode ser alcançada por meio da disseminação de informações para os usuários e capacitando-os em relação aos seus direitos e ao acesso às instituições de saúde.

Para corresponder o perfil do assistente social para atuar nas diversas políticas sociais, é essencial afastar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas. Essas abordagens tendem a reforçar práticas conservadoras que enxergam as questões sociais como problemas pessoais a serem resolvidos de forma individual.

O projeto ético-político da profissão, construído nos últimos trinta anos, pauta-se na perspectiva da totalidade social e tem na questão social a base de sua fundamentação como já foi referido. Alguns conceitos são fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde como a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade, já ressaltados no primeiro item deste documento. (CFESS, 2010, p.39).

Esses conceitos são fundamentais para a atuação dos assistentes sociais na área da saúde, pois orientam sua prática profissional em direção a uma abordagem mais abrangente e contextualizada, visando não apenas tratar doenças, mas promover o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas.

De acordo com o autor Duarte (2010, p. 10-143), “o código de ética de 1993 é composto por princípios que são coesos e se relacionam entre si, contribuindo mutuamente para a compreensão do código”. A cada princípio, novos significados e proposições são acrescentados de forma dialética. É importante ressaltar onze princípios fundamentais que se destacam:

O primeiro princípio é o do reconhecimento da liberdade como valor ético central das demandas políticas a ela inerentes: autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais. Ciente de que esta liberdade é colidente ao modo de produção capitalista, cabe ao assistente social difundir esta liberdade na realidade social, indo contra a concepção de liberdade individualista que prega o neoliberalismo. (DUARTE, 2010).

O segundo princípio remete a defesa dos direitos humanos pelo Serviço Social, contrário ao senso comum, que se constitui por reflexos da ideologia dominante e visualiza os direitos humanos como defensor dos criminosos e “pobres de espírito por natureza”. (DUARTE, 2010).

O terceiro princípio é o da ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. (DUARTE, 2010).

O quarto princípio é o da defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida. Ou seja, o nosso projeto ético político questiona este modo de produção excludente, que possui um terreno econômico contraditório e que não favorece aspectos éticos. Sendo assim o assistente social, guiado pela democracia, deve buscar ampliar as possibilidades e formas de participação dos usuários nas instituições que lhe oferecem serviços. (DUARTE, 2010).

O quinto princípio é o do posicionamento em favor da equidade e justiça social, de modo a assegurar a universalidade de acesso a bens de serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como a sua gestão democrática. (DUARTE, 2010).

O sexto princípio é o do empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças. (DUARTE, 2010).

O sétimo princípio é a da garantia do pluralismo, por meio do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e do compromisso com o constante aprimoramento intelectual. (DUARTE, 2010).

O oitavo princípio é a opção por um projeto político profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação - exploração de classes, etnia e gênero. (DUARTE, 2010).

O nono princípio é o da articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios desse código e com a luta geral dos trabalhadores. A importância do profissional, estar vinculado aos movimentos sociais e à luta geral dos trabalhadores, buscando na prática profissional, meios que se concretize a construção de uma nova ordem

societária sem dominação e “potencializando a dimensão política da prática profissional”. (DUARTE, 2010).

O décimo princípio se refere ao compromisso com a qualidade dos serviços prestados a população e com o aprimoramento intelectual na perspectiva de competência profissional. (DUARTE, 2010).

O décimo primeiro princípio se refere ao exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física. (DUARTE, 2010).

Segundo Yamamoto (1982), as expressões da questão social devem ser compreendidas, como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam por meio das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais.

“As/os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional”. (CFESS, 2010, p.41).

Assim, no atendimento direto aos usuários, a/o assistente social, fornece suporte social, orientação e assistência prática para ajudá-los a superar desafios e melhorar suas condições de vida. Seu objetivo principal é promover o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas, respeitando suas individualidades e necessidades específicas.

Nas ações socioassistenciais, oferece suporte prático e emocional, identifica recursos disponíveis, defende direitos e promove a autonomia das pessoas em situação de vulnerabilidade social. Suas ações visam melhorar a qualidade de vida e promover a inclusão social.

“A/o profissional deve ter uma compreensão sólida de suas responsabilidades e habilidades, de modo a definir quais ações e estratégias devem ter prioridade. Isso deve ser feito com base nas solicitações dos usuários, nas informações epidemiológicas disponíveis e na capacidade da equipe de saúde para realizar ações colaborativas”. (CFESS, 2010, p.43).

Neste sentido, a/o profissional deve pautar ações de articulação com a equipe de saúde, promovendo a integração de conhecimentos e práticas para garantir o atendimento integral e eficaz aos usuários.

Iamamoto, (2002, p.41) enaltece que “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças”.

Neste viés, a/o assistente social, ao integrar uma equipe de saúde, contribui com perspectivas únicas na análise das condições de saúde do usuário e possui competências específicas para direcionar ações.

O/a assistente social desempenha um papel multifacetado nas ações socioeducativas, atuando como um facilitador do aprendizado, um agente de mudança e um apoio psicossocial. Seu objetivo é promover o desenvolvimento pessoal, social e educacional dos participantes, capacitando-os a superar desafios e melhorar sua qualidade de vida.

Nessa perspectiva, o profissional de Serviço Social deve utilizar, segundo Vasconcelos (1993), a prática reflexiva, que possibilita aos usuários a análise e desvendamento das situações vivenciadas por meio de reflexão crítica estimulada pelo assistente social, de forma que o usuário consiga captar, na medida do possível, o movimento da realidade social e, conseqüentemente, participar, de forma consciente, do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico (CFESS, 2010, p.56).

No pressuposto de promoção da mobilização, participação e controle social, o assistente social engaja a população, capacitando as comunidades a se envolverem ativamente nos processos de tomada de decisões, a defenderem seus direitos e a trabalharem coletivamente para melhorar suas condições de vida e a sociedade como um todo.

Assim, no SUS há um canal de articulação entre o cidadão e a gestão pública de saúde, que tem por objetivo melhorar a qualidade dos serviços prestados, denominado Ouvidoria.

Considera-se que o assistente social, ao assumir a ouvidoria, de consolidar os dados obtidos nos atendimentos por meio de relatórios e coletivizá-los no conselho diretor da unidade e/ou direção da unidade, bem como estabelecer articulação com os conselhos de saúde (da unidade e local) para que as demandas sejam analisadas coletivamente e as respostas tenham impacto no funcionamento da unidade e na política de

saúde, por meio das mudanças necessárias (CFESS, 2010 , p.58).

Já nas áreas de investigação, planejamento e gestão, o profissional contribui para a formulação e implementação de políticas e programas sociais que atendam às necessidades das populações vulneráveis e promovam a justiça social e a igualdade. Seu trabalho é fundamental para garantir que os recursos sejam alocados de maneira eficaz e que os serviços sociais sejam acessíveis a quem precisa.

Além disso, a/o assistente social desempenha um papel crucial na assessoria, qualificação e formação profissional, contribuindo para a melhoria das práticas em diversas áreas e para o desenvolvimento de profissionais competentes e éticos. Seu trabalho visa fortalecer o conhecimento, as habilidades e a qualidade dos serviços prestados em benefício das comunidades atendidas.

A/o assistente social desempenha um papel fundamental no contexto do processo de saúde e doença das pessoas. Ele(a) destaca a importância da visão ampliada da saúde, reconhecendo que as condições sociais desempenham um papel crucial nesse processo. Sua atuação não se limita apenas a garantir o acesso aos serviços de saúde, mas também a promover uma compreensão mais abrangente da saúde e a apoiar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim adentra na PNH (Política Nacional de Humanização) onde “O assistente social precisa debater o significado da humanização com a equipe a fim de evitar compreensões distorcidas que levem a uma percepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e redução de tensão” (CFESS, 2010, p.52).

A/o Assistente Social reconhece que os indivíduos não existem de forma isolada, mas são parte integrante de um contexto social mais amplo. Eles compreendem que a realidade em que as pessoas estão inseridas afeta diretamente sua saúde e bem-estar.

O exercício da profissão exige um sujeito profissional que tenha competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e atribuições profissionais. Requer ir além das

rotinas institucionais para buscar apreender, no movimento da realidade, as tendências e possibilidades, ali presentes, passíveis de serem apropriadas pelo profissional, desenvolvidas e transformadas em projetos de trabalho (IAMAMOTO, 2009, p.25).

As responsabilidades específicas e as habilidades profissionais do Serviço Social em seus campos de atuação são direcionadas pelos direitos e obrigações estabelecidos na legislação que regula a profissão, bem como no Código de Ética Profissional de 1993. Essas regulamentações devem ser respeitadas e seguidas tanto pelos profissionais quanto pelas instituições que empregam esses profissionais.

Aquelas/es que trabalham em diversas políticas sociais devem evitar práticas convencionais que se baseiam em abordagens funcionalistas e pragmáticas, as quais tendem a reforçar métodos conservadores. Em vez disso, os profissionais devem adotar uma abordagem mais crítica e competente. Isso resultou de extensos debates dentro da profissão, resultando no rompimento com as perspectivas tradicionais que estavam alinhadas com os interesses e demandas do sistema econômico.

Esse contexto levou ao surgimento de um projeto profissional vinculado à luta pelos direitos da classe trabalhadora e à construção de uma sociedade alternativa à ordem dominante. Nesse sentido, os Assistentes Sociais se tornaram parte de um projeto de sociedade que desafia as práticas conservadoras e busca promover uma abordagem mais crítica e orientada para a transformação social.

No atendimento com usuários/as no campo da saúde as/os Assistentes Sociais trabalham com pessoas já fragilizadas, algumas vezes com diagnósticos ou ainda com adoecimentos já adiantados. Desse modo, além de lidar com as múltiplas expressões da questão social que são expressas no momento do atendimento, também apresentam questões de cunho emocional e as mudanças da rotina familiar.

Estas atividades não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo de trabalho na área da saúde, sendo interdependentes e inseparáveis. Para a realização dessas atividades, é essencial realizar uma investigação que abranja diversos aspectos da prática profissional, planejar as

intervenções, mobilizar e envolver a comunidade no sentido de promover o direito à saúde e prestar assistência para melhorar a qualidade dos serviços prestados, além de supervisionar os estudantes de Serviço Social.

No qual, a/o profissional deve dispor de clareza sobre suas atribuições e competências para estabelecer prioridades nas ações de suas estratégias, a partir das demandas, que forem apresentadas pelos/as usuários/as. Tendo em vista essas as avaliações socioeconômicas dos/as usuários/as, tem por objetivo ser um meio que possibilite a mobilização dos mesmos para a garantia dos direitos (CFESS, 2010).

As visitas residenciais representam ferramentas de significativa relevância a serem empregadas pelos Assistentes Sociais, uma vez que contribuem para a compreensão das condições de vida da população atendida, incluindo o contexto habitacional e as interações com os membros da família e a comunidade. Portanto, o conhecimento mais profundo da realidade dos usuários facilita a atuação profissional, pois fornece uma base mais sólida para defender os direitos sociais aos quais os usuários podem ter acesso.

Neste sentido, é preciso considerar que existem diferenças entre as terminologias “requisições”, “demandas”, “atribuições” e “competências” e que, ocasionalmente, são confundidas, tanto pelas demais categorias profissionais como pelos assistentes sociais, que ainda apresentam dificuldades em diferenciar os preceitos que são intrínsecos à profissão daqueles atribuídas pela instituição empregadora (GUERRA et al, 2016).

As atribuições, demandas e requisições da profissão refletem sua natureza intrínseca, seu posicionamento na estrutura social e técnica do trabalho, sua contribuição para o funcionamento do Estado e suas abordagens para enfrentar os desafios decorrentes da crise do capital.

Ao definirmos os termos, Atribuição segundo Guerra, 2016 Anais do XV ENPESS, 2016. p.5-6 “[...] as atribuições privativas são as funções que essa profissão desempenha no escopo da divisão social e técnica do trabalho.”

No artigo 5º da Lei de Regulamentação da Profissão, indica quais as atribuições privativas da/o assistente social:

- coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;

- planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
- assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades em matéria de Serviço Social;
- realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- assumir, no magistério de Serviço Social, tanto a nível de graduação quanto pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
- treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
- dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;
- dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;
- elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos e outras formas de seleção para assistentes sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;
- coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;
- fiscalizar o exercício profissional por meio dos Conselhos Federal e Regionais;
- dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
- ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

Essas atividades profissionais são orientadas pelos princípios teórico-metodológicos, ético-políticos e técnicos-operacionais, seguindo as diretrizes do projeto profissional do Serviço Social, que foi desenvolvido ao longo das últimas três décadas dando um salto do Serviço Social Tradicional para um crítico por meio de uma “intenção de ruptura”.

Existe uma dificuldade em entender as características específicas da profissão de assistente social e em respeitar suas atribuições exclusivas e

competências profissionais, por parte de outros profissionais da área da saúde. Isso frequentemente leva à atribuição de tarefas que não fazem parte do escopo de trabalho profissional na área da saúde.

A equipe de saúde e/ou os empregadores, frente às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais, têm historicamente requisitado a eles diversas ações que não são atribuições delas/es, a saber

- 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)³², medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órgãos, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes (CFESS, 2010, p.46 e 47).

Existe uma dificuldade em compreender as particularidades da profissão e respeitar as responsabilidades exclusivas e as habilidades profissionais das/os assistentes sociais na área da saúde. Isso resulta na atribuição de tarefas que não fazem parte da competência desses profissionais. Portanto, é essencial realizar reuniões e discussões entre as equipes de saúde para esclarecer as funções e estabelecer rotinas e planos de trabalho que se adequem às particularidades de cada profissão, inclusive é orientação dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.

Cabe destacar que desde 2010, a partir de discussão coletiva, foi elaborado os Parâmetros acima citado, onde apresenta as principais ações desenvolvidas pela/o assistente social na saúde, dividindo em quatro eixos de atuação:

Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010, p.41).

Esses eixos abrangem diferentes aspectos e direcionamentos, permitindo uma análise mais completa e abrangente da nossa atuação na política em questão.

[...] no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. Essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis. (CFESS, 2010, p.41).

Em primeiro lugar, os parâmetros destacam a importância de uma atuação baseada na ética e na transparência. Esse eixo nos orienta a sermos íntegros e honestos em todas as nossas ações, buscando sempre a verdade e agindo de forma respeitosa e justa. Além disso, a transparência é fundamental para que possamos prestar contas do nosso trabalho e promover o engajamento da sociedade na política.

Outro eixo presente nos parâmetros é o da mobilização, participação e controle social.

Este eixo envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. (CFESS, 2010, p.57).

Isso significa que devemos incentivar a participação ativa da população nas decisões políticas, promovendo espaços de diálogo e consulta pública. Essa participação auxilia na construção de políticas mais efetivas e respeita a diversidade de opiniões e perspectivas presentes na sociedade.

O terceiro eixo é investigação, planejamento e gestão onde as ações são pautadas da seguinte forma:

[...] conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais. (CFESS, 2010, p.60).

Além disso, a política em questão valoriza a sustentabilidade e o cuidado com o meio ambiente. Nesse sentido, é fundamental considerar a dimensão ambiental em todas as nossas ações e buscar alternativas e soluções que sejam ecologicamente responsáveis e promovam a preservação da natureza.

Por fim, o último eixo é: assessoria, qualificação e formação profissional.

As atividades de qualificação e formação profissional visam ao aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes, como também a assessoria, que será explicitada posteriormente. (CFESS, 2010, p.63).

Ressaltando a importância da equidade e da garantia dos direitos humanos, fortalecendo a democracia, e a qualificação dos profissionais. Esses eixos nos orientam a buscar uma atuação que promova a igualdade de oportunidades, combata todas as formas de discriminação e assegure o respeito aos direitos de todas as pessoas, independentemente de sua origem, orientação sexual, gênero, etnia ou qualquer outra característica.

Ao considerar e fortalecer esses eixos presentes nos parâmetros, estaremos contribuindo de forma significativa para a discussão sobre nossa atuação na política em questão. Esses direcionamentos permitem uma atuação mais ética, participativa, sustentável e inclusiva, resultando em políticas mais efetivas e engajadas com as necessidades e demandas da sociedade.

Assim temos as requisições onde segundo (Guerra, 2016) é a exigência legal, emanada de autoridade competente para que se cumpra, se preste ou se faça o que está sendo ordenado.

Assim entende-se por solicitações, encaminhamentos, requerimentos, solicitados pelos usuários em forma de exigência legal. Já as demandadas, considera-se às necessidades e solicitações de indivíduos, famílias e comunidades que buscam assistência e suporte social. Essa demanda pode variar desde questões relacionadas à saúde mental, violência doméstica, abuso infantil, desemprego, falta de moradia, acesso a serviços públicos, entre outros.

O material analisado nos leva a considerar que chegam para assistentes sociais: a) diferentes tipos de demandas, a depender da região, subpolítica, do programa, da instituição/unidade, do campo/área, etc.); b) demandas espontâneas (especialmente na política e nos equipamentos da Assistência); c) demandas imediatas; d) demandas “indevidas” (formulação pouco clara); e) demandas secundárias; f)

demandas reprimidas. Tais terminologias utilizadas para acusar as diferentes modalidades de demandas não explicitam a que efetivamente se referem (Guerra, 2016,p.7).

Diante destas demandas, temos assim as respostas para tais que nos encaminha para as competências profissionais.

São competências do assistente social, que a Lei de Regulamentação reconhece: implementar, planejar e avaliar políticas sociais. Mais uma vez se coloca a mediação da política, donde a importância de se problematizar o modelo de política social que se configura como espaço sócio-profissional dos assistentes sociais. Cabe lembrar que por toda a trajetória dessa profissão construímos competências as quais são legalmente designadas aos assistentes sociais, constantes da lei que regulamenta a profissão, atualmente pela lei 8662/93.

Segundo a Lei de Regulamentação da Profissão em seu artigo 4º são competências da/o Assistente Social:

- elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- 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;
- planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;
- planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta, indireta, empresas privadas e outras entidades;

- 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;
- planejamento, organização e administração de serviços sociais e de Unidade de Serviço Social;
- “realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto aos órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades” (BRASIL, LEI Nº 8.662, DE 7 DE JUNHO DE 1993)

Concebemos que competência e habilidade são dois conceitos que estão relacionados. A habilidade é conseguir pôr em prática as teorias e conceitos que foram adquiridos, enquanto a competência é mais ampla e consiste na articulação entre conhecimentos, atitudes e habilidades (Guerra, 2016, p.8).

Em resumo, as demandas das/os assistentes sociais são múltiplas e estão relacionadas à busca por justiça social, inclusão e garantia de direitos das pessoas em situação de vulnerabilidade, entendendo isto compreende-se que a/o assistente social deve ter habilidade para através de tal articula-se para garantir os direitos, mediar e encaminhar suas demandas. A profissão exige sensibilidade, competências técnicas e éticas para atuar no enfrentamento das desigualdades sociais e na promoção do bem-estar coletivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo analisar o trabalho do assistente social na área da saúde, com ênfase na Política Nacional de Saúde, sendo necessário também relatar o rebatimento da crise do capital na Política de Saúde, e mostrar as atribuições e competências profissionais do Assistente Social que se associam aos propósitos desta política, tendo suas possibilidades de efetivação relacionadas aos limites e perspectivas expressos pelo cotidiano das instituições de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi introduzido como um marco importante na política de saúde do Brasil ao estabelecer um novo modelo de assistência à saúde que contrastava com as características da política de saúde durante o período de 1930 a 1990. Com a criação do SUS, as práticas de saúde passaram a ser guiadas por uma concepção ampla de saúde, que considera as determinantes sociais da saúde relacionadas à prevenção, promoção, reabilitação e cura. Seus princípios foram estabelecidos por meio da atuação do Movimento Social pela Reforma Sanitária, que teve uma forte presença do final dos anos 1970 até os anos 1980, e incorporou os conceitos de democracia, participação social, descentralização, integralidade, universalidade e equidade. Portanto, o SUS foi apresentado como uma proposta alinhada com as demandas, aspirações e necessidades do coletivo.

Porém, a implementação desta proposta foi problematizada devido às contradições estabelecidas pela coexistência com as orientações neoliberais adotadas pelos governos brasileiros a partir de 1990. Essa coexistência resultou em uma simultaneidade de dois projetos opostos: o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária (BRAVO, 2007), o que limitou significativamente a plena aplicação da proposta do SUS, estabelecida pela Constituição de 1988 e regulamentada pelas Leis 8080 e 8142/1990.

As competências e atribuições profissionais do Assistente Social são extremamente necessárias para sua atuação na área da saúde. Isso ocorre porque o profissional possui um Código de Ética Profissional, uma Lei de Regulamentação da Profissão e um texto do CFESS intitulado "Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde", que caminham nesta perspectiva, sistematizando as possíveis ações a serem desenvolvidas e respaldando o trabalho do Serviço Social na saúde, orientam o seu trabalho de acordo com fundamentos teóricos estabelecidos. A compreensão dessas atribuições é fundamental para evitar práticas conservadoras ou assumir responsabilidades que não estão dentro do escopo da profissão. É importante que todos os profissionais da saúde, incluindo o Assistente Social, reconheçam suas atribuições específicas para que não sejam designadas funções que não estão dentro de sua competência profissional.

Os profissionais de saúde devem agir no campo da saúde em relação às diferentes manifestações da desigualdade social, que são causadas pelo sistema capitalista de produção. Esses profissionais devem atuar de forma a garantir os direitos da classe trabalhadora. As/os Assistentes Sociais devem atuar nessa área focando nas condições sociais que podem afetar o processo de saúde-doença dos trabalhadores, as quais têm impacto direto na saúde dos indivíduos. Isso mostra a importância desses profissionais tanto na garantia dos direitos como na prestação de serviços de qualidade.

Assim, este trabalho destaca a realidade da inserção profissional no campo da saúde, destacando os desafios enfrentados pelos profissionais do Serviço Social. Além disso, evidencia as lutas dos movimentos sociais em busca de uma política de saúde de qualidade e acesso universal, que historicamente foi negligenciada pelo Estado. Portanto, é fundamental refletir constantemente sobre as discussões apresentadas aqui, a fim de não esquecer que o Sistema Único de Saúde foi conquistado por meio de intensas lutas da classe trabalhadora, permitindo que as classes subalternas tivessem acesso à saúde, o que antes não era possível antes da Constituição Federal de 1988.

Dessa forma, é possível afirmar que o Serviço Social tem desempenhado um papel significativo na promoção do direito à saúde, embora encontre obstáculos devido à forma como os profissionais lidam com os desafios, às particularidades das situações emergenciais e às contradições presentes na política de saúde do Brasil, a considerar o modelo hegemônico de saúde que é alinhado a perspectiva privatista. Cabe ao assistente social enfrentar esses desafios, desenvolvendo perspectivas e possibilidades a partir de sua experiência profissional diária.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde** – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez, 4. ed., 1997.

BRAVO, Maria Inês Souza, **Política de Saúde no Brasil** /Maria Inês Souza Bravo. 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza, **Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio históricos.**- 1. Ed.- São Paulo: Cortez, 2013.

BRASIL. **ABC do SUS Doutrinas e Princípios.** Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: . Acesso em:. 01/11/ 2023.

BRASIL. Lei nº 8.662 de 07 de junho de 1993. **Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências.** Brasília – DF, 1993. Disponível em: <<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=8662&ano=>> Acesso feito em 12 de novembro de 223.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93** de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012]. Acesso em 18/03/2022. Disponível em:https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República, [2016].

CFESS. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília: CFESS, 2010.

COSTA, Maria Dalva Horácio. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais.** Serviço Social e Sociedade. Brasília: CNS, 1997.

DUARTE, Afrânica Hemanuely Castanho. **Princípios éticos e a atuação profissional do assistente social na área da saúde.** Libertas, Juiz de Fora, v.10, n.2, jul./dez., 2010. Disponível em: . Acessado em: 01/10/2023.

GAMA, Alessandra S. da; GOUVEIA, Luciana. **SUS esquematizado: teoria e questões.** Rio de Janeiro: Ferreira, 2013.

GUERRA, Y. et al. **Atribuições, competências, demandas e requisições: o trabalho do assistente social em debate.** Anais do XV ENPESS, 2016. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/guerra-e-outros-201804131237474299190.pdf> . Acesso em 01/10/2023.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais.** In: IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil.** São Paulo: Cortez; Lima/Peru: CELATS, 1982. p. 71-123.

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

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2011.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2017.

MOTA, Ana Elisabete. **Seguridade Social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências rescentes**. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, cap.2, 2009.

PAIXÃO, Cristiane de Melo; CORREA, Gêyza Cristina Silva. **A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM ÂMBITO HOSPITALAR: uma abordagem a partir da Maternidade Municipal de São José de Ribamar (MA)**. INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR FRANCISCANO – IESF, 2018.

PAULO NETTO, José; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. 3.ed. São Paulo, Cortez: 2007. SARRETA, Fernanda Oliveira. **O trabalho do Assistente Social na saúde**. Ciência et práxis. São Paulo: 2008.

SILVA, Camila Ribeiro; CARVALHO, Brigida Gimenez; JÚNIOR, Luiz Cordoni. **Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso**. Ciência & Saúde Coletiva, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2017.v22n4/1109-1120>>. 01/11/ 2023.

VASCONCELOS, Ana Maria , **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde**1/ Ana Maria de Vasconcelos. 2009.