

# Saúde e Serviço Social



**EDITORA AFILIADA**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Saúde e serviço social / Maria Inês Souza Bravo... [et al.], (organizadoras).  
— 5. ed. — São Paulo : Cortez ; Rio de Janeiro : UERJ, 2012.

Outros autores: Ana Maria de Vasconcelos, Andréa de Sousa Gama,  
Giselle Lavinias Monnerat.

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-85-249-1889-6 (Cortez)

1. Assistência social — Brasil 2. Brasil — Política social 3. Política  
médica — Brasil 4. Seguridade social — Brasil 5. Serviço social — Brasil  
I. Bravo, Maria Inês Souza. II. Vasconcelos, Ana Maria de. III. Gama, Andréa  
de Sousa. IV. Monnerat, Giselle Lavinias.

12-01819

CDD-362.0981

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Brasil : Saúde e serviço social : Bem-estar social 362.0981
2. Brasil : Serviço social e saúde : Bem-estar social 362.0981

Maria Inês Souza Bravo • Ana Maria de Vasconcelos  
Andréa de Sousa Gama • Giselle Lavinias Monnerat  
(Organizadoras)

# Saúde e Serviço Social

5<sup>a</sup> edição

4<sup>a</sup> reimpressão

 **CORTEZ**  
EDITORA



SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL

Maria Inês Souza Bravo; Ana Maria de Vasconcelos; Andréa de Sousa Gama; Giselle Lavinias Monnerat (Orgs.)

*Conselho editorial:* Ademir Alves da Silva, Dilséa Adeodata Bonetti, Maria Lúcia Carvalho da Silva, Maria Lúcia Silva Barroco e Maria Rosângela Batistoni

*Capa:* Ricardo Cesar de Andrade

*Preparação de originais:* Ana Paula Takata de Moraes

*Revisão:* Maria de Lourdes de Almeida

*Edição digital de textos:* Sylmara Beletti

*Composição:* Linea Editora Ltda.

*Assessoria editorial:* Elisabete Borgianni

*Secretaria editorial:* Priscila F. Augusto

*Coordenação editorial:* Danilo A. Q. Morales



Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização expressa das organizadoras e do editor.

© 2004 by Autores

Direitos para esta edição

CORTEZ EDITORA

Rua Monte Alegre, 1074 — Perdizes

05014-001 – São Paulo – SP

Tel.: (11) 3864-0111 Fax: (11) 3864-4290

E-mail: [cortez@cortezeditora.com.br](mailto:cortez@cortezeditora.com.br)

[www.cortezeditora.com.br](http://www.cortezeditora.com.br)

Impresso no Brasil – setembro de 2021



## **Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

### **Reitor**

Nival Nunes de Almeida

### **Vice-Reitor**

Ronaldo Lauria

### **Centro de Ciências Sociais**

Rosangela Zagaglia

### **Faculdade de Serviço Social**

Elaine Rossetti Behring  
Alba Tereza Barroso de Castro

### **Departamento de Fundamentos Teórico-Práticos do Serviço Social**

Marco José de Oliveira Duarte

### **Departamento de Política Social**

Andréa de Sousa Gama

### **Coordenação do Programa de Pós-Graduação de Serviço Social**

Maria Inês Souza Bravo  
Lúcia Maria de Barros Freire

### **Coordenação do Curso de Graduação de Serviço Social**

Alany Pinto Caldeira

### **Coordenação de Estágio**

Maria Luiza Testa Tambellini

### **Coordenação de Extensão**

Mary Jane de Oliveira Teixeira



## Sumário

Lista de siglas.....	9
Prefácio	
<i>Laura Tavares</i> .....	11
Apresentação.....	15

### **PARTE I**

#### *Política de saúde, ética e Serviço Social*

Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate	
<i>Maria Inês Bravo e Maurílio Castro de Matos</i> .....	25
Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social	
<i>Ana Maria de Vasconcelos, Fátima de Maria Masson, Juliana Souza</i> <i>B. de Menezes, Rafaela Esteves Vasconcelos e Sara Tavares Ferreira...</i>	50

### **PARTE II**

#### *Análise da implementação de políticas e programas de saúde*

Gênero e avaliação da qualidade da atenção em serviços de saúde reprodutiva	
<i>Andréa de Sousa Gama</i> .....	85

Entre a formulação e a implementação: uma análise do programa saúde da família <i>Giselle Lavinias Monnerat, Mônica de C. M. Senna e Rosimary G. de Souza</i> .....	105
A interdisciplinaridade no programa saúde da família: uma utopia? <i>Mary Jane Oliveira Teixeira e Sheila Torres Nunes</i> .....	127
<b>PARTE III</b> <i>Saúde em diferentes dimensões</i>	
Serviço Social e envelhecimento: perspectivas de trabalho do assistente social na área da saúde <i>Alzira Tereza Garcia Lobato</i> .....	147
Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições <i>Marco José de Oliveira Duarte</i> .....	163
Redução dos danos decorrentes do uso de drogas: uma proposta educativa no âmbito das políticas públicas <i>Laís Helena Pinto Veloso, Jane Carvalho e Luciana Santiago</i> .....	179
O enfrentamento da dependência do álcool e outras drogas pelo Estado brasileiro <i>Claudete J. de Oliveira</i> .....	195
Tematizando gênero e sexualidade nas práticas educativas <i>Eliana Azevedo Pereira de Mendonça</i> .....	214
Adolescentes grávidas usuárias do sistema de saúde pública <i>Alany Pinto Caldeira, Aline Maria Thuller de Aguiar, Carina Leone Veiga e Thaís Geovanna Castro da Rocha</i> .....	232
O processo saúde-doença e o trabalho infantojuvenil em lixões: expressão cruel das contradições da modernidade brasileira <i>Carmen Maria Raymundo</i> .....	253
Sobre os Autores .....	285

## Lista de siglas

ABAS	—	Associação Brasileira de Assistentes Sociais
ABEPSS	—	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABESS	—	Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social
ANAS	—	Associação Nacional dos Assistentes Sociais
ANG	—	Associação Nacional de Gerontologia
AP	—	Área Programática
CAPES	—	Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPs(1)	—	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPs(2)	—	Centros de Atendimento Psicossocial
CAPSad	—	Centros de Atenção Psicossocial (para usuários de álcool e outras drogas)
CBCISS	—	Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais
CE	—	Código de Ética
CEADs	—	Conselhos Estaduais Antidrogas
CETAB	—	Comissão Estadual de Controle do Tabagismo
CFAS	—	Conselho Federal de Assistentes Sociais
CFESS	—	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	—	Conselho Nacional de Saúde
COMADs	—	Conselhos Municipais Antidrogas
COMENs	—	Conselhos Municipais de Entorpecentes
CONAD	—	Conselho Nacional Antidrogas
CONENs	—	Conselhos Estaduais de Entorpecentes
CONFEN	—	Conselho Federal de Entorpecentes

DC	—	Desenvolvimento de Comunidade
FBH	—	Federação Brasileira de Hospitais
FHC	—	Fernando Henrique Cardoso
FMI	—	Fundo Monetário Internacional
FNUAP	—	Fundo de População das Nações Unidas
FSS/UERJ	—	Faculdade de Serviço Social da UERJ
FUNASA	—	Fundação Nacional de Saúde
GES	—	Grupos de Encontros com a Saúde
IAPs	—	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	—	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	—	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA	—	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOAS	—	Lei Orgânica de Assistência Social
LOS	—	Lei Orgânica da Saúde
NAPS	—	Núcleos de Atendimento Psicossocial
NESA/UERJ	—	Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da UERJ
NOAS	—	Norma Operacional de Assistência Social
NOB/SUS	—	Normas Operacionais Básicas do SUS
NOB-RH	—	Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos
OMS	—	Organização Mundial de Saúde
PAB	—	Piso de Atenção Básica
PACS	—	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	—	Programa de Atenção Integral da Saúde da Mulher
PCSF	—	Polo de Capacitação em Saúde da Família
PETI	—	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PNAD	—	Política Nacional Antidrogas
PNSI	—	Política Nacional de Saúde do Idoso
PSF	—	Programa Saúde da Família
RN	—	Rio Grande do Norte
SAS	—	Secretaria de Assistência à Saúde
SENAD	—	Secretaria Nacional Antidrogas
SESC	—	Serviço Social do Comércio
SISNAD	—	Sistema Nacional Antidrogas
SPS	—	Secretaria de Políticas de Saúde
SUS	—	Sistema Único de Saúde
UERJ	—	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNICEF	—	United Nations International Children's Emergency Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

## Prefácio

A partir da Constituição de 1988, Saúde e Assistência Social — junto com a Previdência Social — passaram a fazer parte integrante da Seguridade Social, concepção inovadora que representou uma inflexão na trajetória da Política Social brasileira. Ambas — Saúde e Assistência Social — passariam a ser vistas como direito de cidadania e dever do Estado. O acesso aos serviços ficou pautado pela universalidade e o seu funcionamento submetido ao controle social. Tratava-se de uma democratização até então inédita no setor público brasileiro. Grande parte desses princípios permaneceu nas Leis Orgânicas da Saúde e da Assistência Social promulgadas no início dos anos 1990. No entanto, o seu cumprimento pleno se viu atropelado pelas políticas neoliberais que a partir desse momento se tornariam hegemônicas no Brasil. Foi uma *construção interrompida* de um projeto mais generoso de proteção social gestado a partir da redemocratização do país. Portanto, é falsa a afirmação de que no Brasil a Seguridade Social “não deu certo”: ela nunca foi implementada na sua plenitude.

Não foi apenas a concepção generosa da Seguridade Social que não foi cumprida na década de 1990: tampouco o seu Orçamento foi respeitado. Tratava-se de uma proposta avançada de financiamento que combinava diversas fontes que taxavam também o capital além do trabalho. As receitas do Orçamento da Seguridade Social, unificadas no Tesouro Nacional, passaram a ser utilizadas para múltiplas finalidades além das previstas constitucionalmente, sobretudo, para financiar os déficits fiscais, em um primeiro momento, e, em seguida, o superávit fiscal, cujas metas

são “negociadas” até hoje com o Fundo Monetário Internacional. Esse tipo de financiamento se formalizou através da atual DRU (Desvinculação da Receita da União), mecanismo que retira 20% de todos os orçamentos federais linearmente.

A ideia da unicidade foi rompida, e rapidamente a Saúde, a Assistência Social e a Previdência passaram a ter seus orçamentos separados e suas ações isoladas setorialmente. Pela primeira vez, desde os anos 1970, a Assistência Social deixou de contar com uma parte dos recursos previdenciários, limitando-se aos escassos recursos fiscais disponíveis. Prevaleceu a ideia da “especialização de fontes de financiamento” sobre a concepção de uma totalidade única de recursos com parcelas vinculadas a cada um dos setores da Seguridade.<sup>1</sup> Fragmentou-se aquilo que era para ser único. Esta fragmentação trouxe graves consequências não apenas no âmbito do financiamento, mas também no âmbito das políticas, dos projetos e dos programas. Institucionalmente a fragmentação se consubstanciou na criação de três órgãos federais separados para a Saúde, Previdência e Assistência Social.

Os planos político e ideológico também foram afetados. Os debates e a formulação de propostas reproduziram a concepção setorial isolada. Cada um cuidou do seu. Nunca mais se propôs alguma política de “Seguridade Social”: ou era Saúde, ou era Assistência ou era Previdência. Os inúmeros congressos e conferências ao longo dos anos 1990, sobretudo nas áreas de Saúde e de Previdência, expressaram claramente essa divisão. Os documentos omitiam a expressão Seguridade Social. Justiça seja feita ao grupo do Serviço Social que continuou a defendê-la publicamente nesse período de claros retrocessos a respeito do papel da Seguridade Social na constituição de um Sistema de Proteção universal garantidor de direitos de cidadania.

No âmbito da política social passaram a prevalecer os “programas de combate à pobreza” focalizados nos “mais pobres”. A focalização substituiu a universalidade. O provisório e emergencial substituiu o permanente e estável. O chamado 3º Setor substituiu o Estado. Os indivíduos,

---

1. A proposta de emenda constitucional elaborada pelos Deputados Federais Waldir Pires e Eduardo Jorge no início da década passada previa para a Saúde 30% do total de recursos da Seguridade Social, o que hoje representaria mais do dobro do atual orçamento.

famílias e “comunidades” passaram a responsabilizar-se pelo seu bem-estar, promovendo aquilo que Bourdieu<sup>2</sup> chama de responsabilização da vítima. Os governos se desresponsabilizaram progressivamente. A filantropia substituiu o direito. O local assumiu o lugar privilegiado de resolução de todos os problemas sociais, alienando-se do regional e do nacional, num claro processo de total *municipalização do social*. Este processo retira da Política Social aquilo que representa a sua principal atribuição: dar uma dimensão de igualdade a um país profundamente marcado por desigualdades extremas.

Este livro é mais uma prova de resistência e do papel de vanguarda assumido pelo grupo do Serviço Social nesse debate das alternativas de enfrentamento da questão social. Questão esta que se aprofundou e se tornou ainda mais complexa nesta última década. É preciso repensar estratégias, sem abrir mão dos princípios. Tal como neste livro, Saúde e Assistência Social precisam novamente andar juntas, integrando seus projetos e programas. Ambas representam o lado mais universal da Seguridade Social que precisa ser (re)valorizado e fortalecido.

*Laura Tavares Soares\**

---

2. Ver Bourdieu, Pierre. *Contrafogos. Táticas para enfrentar a invasão neoliberal*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

\* Enfermeira sanitarista e doutora em Política Social. Professora da UFRJ e pesquisadora do Laboratório de Políticas Públicas da UERJ.



## Apresentação

Este livro aborda a temática *Saúde e Serviço Social*, e reúne artigos de professores e alunos da graduação e pós-graduação da Faculdade de Serviço Social da UERJ.

Tal iniciativa contou com o apoio financeiro da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), e tem o objetivo de tornar públicos os resultados de várias pesquisas conduzidas no âmbito da FSS/UERJ e, ao mesmo tempo, contribuir para o debate acerca dos dilemas e avanços do Sistema Único de Saúde (SUS) após mais de uma década de sua implementação. Em direção similar, as discussões em torno das perspectivas de intervenção do Serviço Social nesta política setorial são bastante oportunas, em razão, principalmente, dos enormes desafios profissionais vividos no cotidiano dos serviços de saúde. Outro aspecto significativo refere-se à inserção de grande parte de nossos alunos de graduação e pós-graduação nessa área.

É relevante registrar que a área da saúde tem historicamente concentrado um grande número de profissionais de Serviço Social. A partir da implementação da gestão descentralizada da saúde, nos anos 1990, amplia-se a contratação de assistentes sociais por intermédio da realização de concursos públicos em diversos municípios do país. Desta forma, o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde vem requerendo a presença desse profissional no processo recente de (re)organização dos serviços, fenômeno que exige constantes análises acerca do desenvolvimento da Reforma Sanitária brasileira, bem como das contradições entre as deman-

das do SUS e as proposições contidas no projeto ético-político do Serviço Social.

No esteio dessas preocupações, destaca-se como fundamental a concepção de Seguridade Social inscrita na Constituição de 1988, da qual a saúde é parte integrante, e que representa um dos maiores avanços no que se refere à proteção social e ao atendimento das reivindicações históricas das classes trabalhadoras. Representa a promessa de afirmação e extensão de direitos sociais em nosso país, em consonância com as transformações sociopolíticas que se processaram. Nessa direção, destaca-se como importante na concepção de Seguridade Social: a universalização, a concepção de direito social e dever do Estado, o estatuto de política pública à assistência social, a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada, com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais, com destaque para os conselhos e conferências de direitos e de política social.

Todavia, a proposta de Seguridade Social definida na Carta Magna vem sofrendo fortemente os impactos da postura neoliberal dos últimos governos, visto que a reestruturação produtiva levada a cabo traz consequências alarmantes sobre as taxas de desemprego, agravando a pobreza e a desigualdade social. Neste cenário, aumentam as demandas sobre o sistema de proteção social, ao mesmo tempo que o gasto social não é priorizado no orçamento público. Com efeito, vê-se como possibilidade de reversão deste quadro a superação da histórica submissão da política social à política macroeconômica.

A persistência de notórias dificuldades e desigualdades de acesso da população aos serviços de saúde, os desafios de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, dentre outras questões, são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios na agenda contemporânea do setor.

Desta forma, se, por um lado, a importância desta coletânea reside na possibilidade de analisar a política de saúde e o serviço social na atual conjuntura brasileira, por outro, busca identificar alternativas teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas que favoreçam a imple-

mentação do Projeto de Reforma Sanitária e do projeto ético-político da categoria.

Além da oportunidade de atualizar o debate sobre o tema em questão, esta produção constitui espaço de defesa da democracia de massas como princípio norteador dos processos decisórios da política de saúde no Brasil. Sendo assim, os doze artigos aqui reunidos, e organizados em três partes, apresentam um ponto de interseção que se traduz na afirmação da importância do aprofundamento da luta política no intuito de garantir o sentido público da política de saúde.

Os dois artigos que compõem a *primeira parte* desta publicação enfatizam a *Política de saúde, a Ética e o Serviço Social*.

No primeiro texto, Maria Inês Bravo e Maurílio Matos fornecem elementos de reflexão sobre o Serviço Social brasileiro na área da Saúde. Para tal, são desenvolvidas análises sobre a trajetória histórica da Saúde e do Serviço Social até os dias atuais, a fim de elencar os desafios postos na contemporaneidade para a implementação da Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político do Serviço Social. Os autores ressaltam que cabe aos assistentes sociais formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços que efetivem o direito social à saúde, em uma ação articulada com outros profissionais que defendam o aprofundamento do Sistema Único de Saúde. Destacam ainda, que o trabalho do assistente social na área da saúde que queira ter como norte o Projeto Ético-Político deve, necessariamente, estar articulado ao Projeto da Reforma Sanitária.

Tendo como referência a democratização da saúde, o segundo texto, elaborado por Ana Vasconcelos, Fátima Masson, Juliana Menezes, Rafaela Vasconcelos e Sara Ferreira, faz uma análise dos códigos de ética das oito principais profissões de saúde: assistente social, enfermeiro, farmacêutico, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, odontólogo e psicólogo. O texto ressalta que os assistentes sociais formam a única categoria profissional que obteve avanços na definição de um projeto de profissão. As demais ainda mantêm códigos de ética contraditórios e baseados em princípios predominantemente abstratos e conservadores, desvinculados dos interesses da maioria dos brasileiros usuários dos serviços de saúde.

A *segunda parte* deste livro, composta de três artigos, enfrenta o debate referente à *análise da implementação de Políticas e Programas de Saúde*, um dos temas significativos para a área.

O texto de Andréa de Sousa Gama sistematiza as principais contribuições do enfoque pautado nas relações de gênero e chama a atenção dos leitores para as inúmeras potencialidades de utilização desta abordagem na avaliação da qualidade da atenção em serviços de saúde reprodutiva. O artigo traz uma síntese analítica acerca da produção acadêmica e dos desafios metodológicos no campo da avaliação de qualidade em saúde e, além disso, indica a relevância de se incorporar a noção de integralidade como um requisito fundamental para o desenvolvimento de pesquisas avaliativas da atenção em saúde reprodutiva. Por fim, contribui, de forma bastante clara, com a proposição de caminhos metodológicos para a realização de pesquisas de avaliação da atenção em serviços de saúde reprodutiva, cuja preocupação central seja analisar a complexa interconexão entre gênero e iniquidades em saúde.

O texto de Giselle L. Monnerat, Rosimary G. de Souza e Mônica de C. M. Senna traz alguns elementos para a discussão do processo de implementação local do Programa Saúde da Família (PSF), de forma a contribuir para a elaboração de uma agenda de pesquisa em torno do tema. Parte-se dos estudos em torno da implementação, que trabalhos recentes têm tomado como parte integrante do processo decisório, recusando a noção clássica de ciclo político (*policy cycle*) pela qual a implementação é vista como uma etapa subsequente à formulação da política e esta, por sua vez, é concebida como uma instância racional e compreensiva. Essas análises consideram a implementação como um processo autônomo, durante o qual decisões cruciais são tomadas e não somente implementadas. Assim, a análise do PSF, a partir desta perspectiva, deve considerar tanto aspectos exógenos à política de saúde quanto aqueles internos ao setor, bem como características mais amplas e aquelas mais afeitas ao cenário local. Menos do que apresentar uma análise conclusiva, o que se propõe é apontar alguns aspectos tidos como cruciais para a investigação dos processos de constituição e formatação do programa ao nível local. Busca-se, portanto, resgatar elementos indispensáveis ao entendimento dos circuitos presentes no cenário municipal e que interferem no desenho e modo de operação do PSF.

O artigo de Mary Jane O. Teixeira e Sheila Torres Nunes tem a intenção de trazer para o debate o tema da interdisciplinaridade na saúde e, particularmente, no Programa Saúde da Família (PSF). Apresenta, inicialmente, um breve histórico e conceituação que permeiam a interdisciplinaridade, mediando com a discussão sobre o modelo assistencial de saúde, o conceito de saúde e a necessidade de articulação com os princípios do SUS, em especial, o controle social, apontando constantemente reflexões que a temática envolve. Elabora um breve resgate da histórica luta do setor saúde e de seu protagonismo, que colocou como projeto a conquista de uma sociedade democrática, e aponta a interdisciplinaridade como uma ferramenta para a construção deste espaço nas relações de trabalho, em busca desta utopia.

Na terceira parte são apresentados sete artigos que enfocam *a Saúde em diferentes dimensões* como o Envelhecimento, a Saúde Mental, a Dependência do Álcool e outras drogas, Gênero e Sexualidade, a Gravidez na Adolescência e as Relações entre Saúde e Trabalho.

No artigo de Alzira Tereza Garcia Lobato, a autora demonstra que as bases legais e normativas da política nacional do idoso já foram conquistadas e que, na atualidade, os principais desafios dizem respeito à sua implementação por meio de programas e serviços de caráter público, descentralizados e com controle social. A partir de uma experiência profissional, assinala a importância do trabalho do assistente social no desenvolvimento de ações de promoção da saúde deste segmento populacional, seja incentivando o associativismo e a sociabilidade, seja na perspectiva de motivar a participação nos conselhos de saúde. Nesta direção, reforça a necessidade de capacitação dos assistentes sociais no que se refere à questão do envelhecimento em nosso país, visto o crescente número de idosos na população, ao mesmo tempo que são poucos os indícios de reversão das históricas desigualdades sociais. Este cenário tende, então, a se traduzir em graves problemas sociais, dado que a longevidade aliada à situação de pobreza aumenta a vulnerabilidade e a possibilidade de exclusão social deste segmento populacional.

O artigo de Marco José de O. Duarte apresenta algumas considerações a respeito da produção do cuidado no campo da saúde mental, a partir de uma investigação pautada na análise dos discursos sobre o fazer e as

práticas presentes no cotidiano das instituições psiquiátricas no Rio de Janeiro. Com base nas análises da micropolítica do cuidado em saúde mental e das mudanças técnico-assistenciais propostas pelo movimento da reforma psiquiátrica, fundado no paradigma da desinstitucionalização e outras correntes, o autor desenha as possibilidades de mudança e as contradições recorrentes no campo frente a ainda hegemônica ordem médico-psiquiátrica. Diferentemente da perspectiva tradicional, a proposta de trabalho cuidador centrado no usuário busca, não sem conflitos, construir um novo modo de olhar e cuidar do outro no território dos serviços.

O artigo de Laís Helena Pinto Veloso, Jane Carvalho e Luciana Santiago, nos convida a uma reflexão sobre os limites conceituais da atual política nacional antidrogas na qual persistem noções repressivas e moralizadoras, que interferem substancialmente no modo de encaminhar as ações educativas entre as pessoas que apresentam problemas com drogas. Com base na análise da produção teórica recente, as autoras defendem o desenvolvimento de um trabalho educativo baseado na ideia de redução de danos, cujo princípio ordenador ancora-se na visão de que o uso de drogas está conectado aos processos históricos, culturais, sociais e políticos nos quais se inserem os sujeitos que fazem uso de drogas. Diferentemente da perspectiva tradicional, e ainda hegemônica, que tem como alvo principal de ação a substância química — a droga —, a proposta de trabalho na perspectiva de redução de danos tem o potencial de identificar as diferentes modalidades de relação que os sujeitos estabelecem com a droga e inovar nas possibilidades de ação educativa, pautada na autonomia responsável e no respeito à alteridade humana.

O texto de Claudete J. de Oliveira aborda algumas das mais recentes respostas do Estado brasileiro frente ao crescente consumo de álcool e outras drogas, através das políticas públicas implementadas pela Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) e pelo Ministério da Saúde, revelando que o país, embora esteja avançando na discussão desta temática, ainda não conseguiu romper com paradigmas conservadores no trato da questão. A autora situa as contradições entre os fundamentos teórico-políticos da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral dos Usuários de Álcool e outras Drogas e da Política Nacional Antidrogas (PNAD), ambas

conduzidas pelos últimos governos, ressaltando que a PNAD defende a ideia de uma sociedade sem drogas, enquanto a política do Ministério da Saúde estrutura-se pela concepção de Redução de Danos, priorizando a singularidade do indivíduo, e considerando suas condições socioculturais.

O texto de Eliana Azevedo Pereira de Mendonça propõe um campo de reflexões sobre as práticas educativas no interior do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, na direção do seu fortalecimento como sujeito da saúde. Essas práticas nesse trabalho são tidas como uma tecnologia capaz de ultrapassar um discurso tão somente normatizador sobre o corpo para abrir um espaço para a intersubjetividade no processo de conhecimento. No sentido de pensar a matéria-prima das práticas educativas, a autora busca apoio na teoria das representações sociais, enfocando a linguagem como prática social. Considerando a centralidade do eixo educação, na perspectiva de intervenção nos níveis de prevenção e promoção da saúde, o texto sinaliza para a desconstrução do paradigma cientificista, que leva à reprodução de uma realidade tornada fragmentada, e que gera práticas especializadas e hierarquizantes. Nesse sentido, apropria-se dos estudos de gênero, tanto para a crítica aos pensamentos racionalista e positivista presentes em dado discurso pedagógico, como para a interpretação da sexualidade na menopausa e a criação do espaço grupal como espaço institucional integrador e valorizado pelas mulheres.

Partindo de uma experiência de assessoria a uma equipe de Serviço Social de uma unidade de saúde do município do Rio de Janeiro, Alany Pinto Caldeira, Aline Maria Thuller de Aguiar, Carina Leone Veiga e Thaís Geovanna Castro da Rocha analisam os resultados de um estudo com adolescentes grávidas, usuárias de uma Clínica de Obstetrícia. Um dos elementos necessários para estimular a reflexão profissional é o conhecimento da população usuária. Assim, a partir da apreensão de aspectos do seu cotidiano, o texto objetiva instrumentalizar os profissionais de saúde, para conhecerem a realidade e as expectativas das adolescentes, de modo que possam empreender ações articuladas com as condições de vida, trabalho, cultura, desejos e interesses de adolescentes pertencentes aos segmentos menos favorecidos da classe trabalhadora.

O artigo de Carmen Raymundo aborda as condições de vida e de trabalho de crianças e adolescentes, oriundos da atividade laboral de

catar lixo em Itaoca, São Gonçalo/RJ. A pesquisa teórica e empírica orienta-se por um duplo viés: situar o trabalho infanto-juvenil no interior do movimento da produção e reprodução capitalista, e compreender as contradições que as constituem. Na atualidade, essas se expressam por meio das transformações no mundo do trabalho, e em novas relações entre Estado e sociedade. A autora destaca como uma das consequências de maior relevância, no universo das crianças e adolescentes das camadas subalternizadas, diante da agudização da questão social, a inserção precoce nas atividades laborativas, evidenciando os custos trazidos por essa inserção no processo saúde-doença.

Este é, em síntese, o conteúdo desta coletânea que convidamos o leitor a apreciar por intermédio de suas críticas e sugestões.

*As organizadoras*

## **Parte I**

Política de saúde, ética e Serviço Social



## Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate

*Maria Inês Souza Bravo  
Maurílio Castro de Matos*

### Apresentação

Este artigo é fruto de reflexões sobre as características do Serviço Social brasileiro na saúde e quais os desafios que a atualidade apresenta para os profissionais da área. Visa contribuir para o fortalecimento do projeto ético-político profissional do Serviço Social e o projeto da Reforma Sanitária, e está estruturado em quatro partes. Na primeira e segunda, são desenvolvidas análises panorâmicas sobre a trajetória histórica da Saúde e do Serviço Social, sendo que na primeira parte é abordado o período de 1930 a 1979, e na segunda os anos 1980 e 1990. A terceira parte tem por objetivo desenvolver uma reflexão sobre os desafios postos na atualidade para o Serviço Social na área da saúde e, para tanto, busca uma interlocução com alguns autores da área que refletiram sobre o tema. Por fim, na última parte do artigo, a partir de uma leitura da realidade, se faz uma análise — mesmo que inicial — sobre a política de saúde no governo Lula e também são apresentadas algumas questões e proposições sobre o Serviço Social na Saúde, tomando como referência — e não por

acaso — os princípios fundamentais do atual Código de Ética dos Assistentes Sociais.

## 1. Panorama da Saúde e do Serviço Social no período de 1930 a 1979

Neste item será enfocado o início da intervenção do Estado na saúde na década de 1930, bem como a consolidação da política de saúde no período de 1945 a 1964 e as alterações ocorridas com o golpe militar de 1964. Após a caracterização da política de saúde, nessas conjunturas, vai-se fazer uma relação com o Serviço Social, que surge também nos anos 30, sofrendo as influências sócio-históricas da época.

É no bojo do processo histórico-econômico e político que marcou a conjuntura brasileira dos anos 30 que ocorre a formulação da política de saúde,<sup>1</sup> que teve caráter nacional — como as demais políticas sociais — e foi organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária.

A saúde pública foi predominante até meados dos anos 60 e teve como características: ênfase nas campanhas sanitárias; a interiorização das ações para as áreas de endemias rurais e a criação de serviços de combate às endemias. A medicina previdenciária teve como marco a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) criadas em 1923. O modelo previdenciário teve orientação contencionista, ao contrário do modelo abrangente das CAPs. Ou seja, em que pese a inclusão de outras categorias profissionais, houve nos IAPs uma redução da oferta de serviços prestados. Para Oliveira e Teixeira (1986), um dos determinantes para a diminuição dos gastos foi, sem dúvida, o rápido crescimento dos assalariados urbanos.

---

1. Diversos autores ressaltam que a “questão social” neste período precisava ser enfrentada de forma mais sofisticada, transformando-se em questão política e não de polícia, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem os assalariados urbanos, que se caracterizavam como atores importantes no cenário político nacional (Braga e Góes de Paula, 1986; Cerqueira Filho, 1982; Santos, 1979 e Bravo, 1991).

A política de saúde esboçada a partir de 1930 foi consolidada no período de 1945 a 1964.<sup>2</sup> Neste momento, segundo Oliveira e Teixeira (1986), houve um crescimento relativo dos gastos da previdência social com a assistência médico-hospitalar. A política de saúde teve como características gerais a racionalização administrativa e a atribuição de maior sofisticação às campanhas sanitárias. Continuou organizada nos dois subsetores (saúde pública e medicina previdenciária). A medicina previdenciária só vai sobrepujar a saúde pública a partir de 1966, apesar de seu predomínio anunciar-se desde o início da década de 1960. O que se evidencia é que, apesar das pressões, a assistência médico-previdenciária era formada basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. As formas de compra dos serviços médicos de terceiros aparecem como minoritárias, situação que vai ser completamente diferente no regime que se instalou no país após 1964.

A instauração da ditadura militar no pós-1964 expressou a derrota das forças democráticas, sendo o desfecho da crise de uma forma de dominação burguesa no Brasil.<sup>3</sup> O Estado vai intervir na questão social por meio do binômio repressão-assistência, burocratizando e modernizando a máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, de reduzir as tensões sociais e de conseguir legitimidade para o regime.

A política de saúde no período de 1964 a 1974 desenvolve-se com base no privilegiamento do setor privado, articulada às tendências da política econômica implantada. Suas principais características foram: a extensão da cobertura previdenciária, a ênfase na prática médica curativa orientada para burocratização do setor, a criação do complexo médico-industrial e a diferenciação de atendimento à clientela (Oliveira e Teixeira, 1986).

A partir de 1974, o bloco de poder, por não ter conseguido consolidar sua hegemonia ao longo de dez anos, modificou gradualmente sua relação

---

2. O Estado a partir de 1945, e especialmente em 1950, vai aumentar os gastos estatais na área social através de políticas sociais. Entretanto, não consegue estender suas proposições a todos os segmentos sociais, nem universalizar as medidas, gerando efetivos direitos ao trabalhador.

3. Os problemas estruturais foram aprofundados, tornando-se mais complexos. Segundo Fernandes (1986), a ditadura foi um meio de impedir que a revolução nacional e democrática interferisse negativamente na eclosão do capitalismo monopolista.

com a sociedade civil. A política de saúde, neste período, enfrentou permanente tensão entre os interesses dos setores estatal e empresarial e a emergência do movimento sanitário. Nesta contradição, algumas medidas de saúde pública foram retomadas, embora de forma limitada.

A partir do que foi evidenciado na implantação, desenvolvimento e alteração da política de saúde no Brasil nas diversas conjunturas, de 1930 a 1979, vai-se ressaltar o Serviço Social na saúde nesses períodos.<sup>4</sup>

O surgimento e o desenvolvimento do Serviço Social no período de 1930 a 1964, bem como a ação profissional na área da saúde, mostram algumas evidências significativas.

A conjuntura de 30 a 45 caracteriza o surgimento da profissão no Brasil, com influência europeia e a área da saúde não foi a que concentrou maior quantitativo de profissionais, apesar de algumas Escolas terem surgido motivadas por demandas do setor. A formação profissional também se pautou, desde o seu início, em algumas disciplinas relacionadas à Saúde.

A expansão do Serviço Social no país, entretanto, ocorre a partir de 1945, relacionada às exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças que ocorreram no panorama internacional, em função do término da Segunda Guerra Mundial. Nessa década, a ação profissional na Saúde também se amplia, transformando-se no setor que mais absorveu os assistentes sociais. A influência norte-americana na profissão substituiu a europeia, que marcou a conjuntura anterior, tanto no nível da formação profissional — com alteração curricular — como nas instituições prestadoras de serviços. O marco desta mudança de influência situa-se no Congresso Interamericano de Serviço Social realizado em 1941, em Atlantic City (EUA). Posteriormente, foram criados diversos mecanismos de interação mais efetiva, como o oferecimento de bolsas aos profissionais brasileiros e a criação de entidades. Os assistentes sociais brasileiros começaram a defender que o ensino e a profissão nos Estados Unidos haviam atingido um grau mais elevado de sistematização; ademais, ali, na ação profissional, o julgamento moral com relação à população-cliente era substituído por uma análise de cunho psicológico.

---

4. Serão utilizadas nesta análise as questões apontadas na tese de doutorado de Bravo (1991).

Uma indagação merece ser destacada em função do objeto deste artigo: *Por que o Serviço Social na área de Saúde transformou-se no principal campo de absorção profissional?*

Além das condições gerais que determinaram a ampliação profissional nesta conjuntura, o “novo” conceito de Saúde, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, enfocando os aspectos bio-psicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social. Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. Um deles foi a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar — solução racionalizadora —, que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social.

O assistente social enfatizou a prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde.

Outro fator importante refere-se à consolidação da Política Nacional de Saúde no país com ampliação dos gastos com a assistência médica, pela previdência social. Esta assistência, por não ser universal, gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. O assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária.

Os benefícios passaram a ser custeados total ou parcialmente pelos próprios beneficiários. Na lógica da estruturação de tais serviços, não há o componente distributivista, mas existe a preocupação de favorecer o capital. O conceito que passa a reger os programas assistenciais é o de salário social indireto, que incorpora ao salário vários serviços ao traba-

lhador que a “coletividade paga”, com vistas à utilização futura. O piso salarial é rebaixado à medida que engloba os demais benefícios e o trabalhador paga os serviços pelas deduções salariais diretas, pela elevação do custo de vida, com a contribuição dos empregadores transferida para os preços dos produtos e através dos impostos e taxas recolhidos pelo poder público (Iamamoto e Carvalho, 1982).

As propostas racionalizadoras na Saúde, que surgem a partir da década de 1950 — principalmente nos Estados Unidos, como a “medicina integral”, a “medicina preventiva” e seus desdobramentos a partir de 1960, como a “medicina comunitária” — não tiveram repercussão no trabalho dos assistentes sociais na saúde no Brasil. Os profissionais mantiveram como *locus* central de sua ação os hospitais e ambulatórios, apesar de os Centros de Saúde, segundo Costa (1986), serem criados a partir de meados da década de 1920. Neles, os serviços básicos eram a higiene pré-natal, infantil e pré-escolar, a tuberculose, a verminose e o laboratório; e as atividades tinham como proposta fundamental introjetar, na população, educação sanitária por intermédio de educadores de higiene, professores instruídos em assuntos sanitários, como também testar formas específicas de descentralização do trabalho sanitário nas grandes cidades. Os centros de saúde contavam, para o desenvolvimento de suas atividades, com médicos, enfermeiras e visitadoras. Os assistentes sociais não foram absorvidos neste espaço senão muito mais tarde, em 1975. A esta constatação cabe a pergunta: *Por que os assistentes sociais na saúde priorizaram suas ações no nível curativo e hospitalar?* Para responder à questão, levantam-se algumas hipóteses. A exigência do momento concentrava-se na ampliação da assistência médica hospitalar e os profissionais eram importantes para lidar com a contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. Nos centros de saúde, os visitantes conseguiam desenvolver as atividades que poderiam ser absorvidas pelo assistente social. Outro componente relaciona-se à pouca penetração da ideologia desenvolvimentista no trabalho profissional na saúde. Uma ação considerada importante para os assistentes sociais é a viabilização da participação popular nas instituições e programas de saúde. Esta atividade, entretanto, só teve maior repercussão na profissão nos trabalhos de Desenvolvimento de Comunidade (DC). O Serviço Social Médico, como era denominado, não

atuava com procedimentos e técnicas do DC, mas sim, e prioritariamente, com o Serviço Social de Casos, orientação inclusive da Associação Americana de Hospitais e da Associação Americana de Assistentes Médico-Sociais.<sup>5</sup> A participação só era visualizada na dimensão individual, ou seja, o engajamento do “cliente no tratamento”.

O Serviço Social sofreu profundas transformações, no pós-1964, que tiveram rebatimento no trabalho do assistente social na área da saúde.

A profissão, do seu desenvolvimento até os anos 60, não teve polêmica de relevo que ameaçasse o bloco hegemônico conservador, que dominou tanto a produção do conhecimento como as entidades organizativas<sup>6</sup> e o trabalho profissional. Alguns assistentes sociais com posições progressistas questionavam a direção do Serviço Social, mas não tiveram condição de alterá-la. Nos anos 1960, esta situação começou a se modificar, surgindo um debate na profissão, que questionava o seu conservadorismo. Essa discussão não surgiu de forma isolada, mas com o respaldo das questões levantadas pelas ciências sociais e humanas, principalmente em torno da temática do “desenvolvimento” e de suas repercussões na América Latina.<sup>7</sup> Esse processo de crítica foi abortado pelo golpe militar de 64, com a neutralização dos protagonistas sociopolíticos comprometidos com a democratização da sociedade e do Estado (Bravo, 1996).

A modernização conservadora implantada no país exigiu a renovação do Serviço Social, face às novas estratégias de controle e repressão das classes trabalhadoras efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalidade burocrática.

---

5. Esta Associação publicou, em 1949, algumas diretrizes a serem aplicadas pelos assistentes sociais nos hospitais, nas clínicas e nos sanatórios.

6. A primeira entidade da categoria dos assistentes sociais foi a Associação Brasileira de Assistentes Sociais (ABAS), criada em 1940, que tinha seções em quase todos os estados brasileiros. A Associação de Ensino (ABESS) foi criada em 1946. As demais entidades surgiram a partir de meados dos anos 50 e 60 e foram: associações profissionais e sindicatos e o Conselho Federal de Assistentes Sociais, em 1962.

7. Na América Latina, a crítica ao Serviço Social se explicita com o “movimento de reconceitualização” a partir de 1965, cujo eixo do debate centrava-se na contestação do Serviço Social importado com práticas assistenciais e ajustadoras.

O principal veículo responsável pela elaboração teórica do Serviço Social, no período de 1965 a 1975, foi o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS), que difundiu a “perspectiva modernizadora” no sentido de adequar a profissão às exigências postas pelos processos sociopolíticos emergentes no pós-1964 (Netto, 1996). Esta perspectiva teve, como núcleo central, a tematização do Serviço Social como integrador no processo de desenvolvimento, com aportes extraídos do estrutural-funcionalismo norte-americano, sem o objetivo de questionar a ordem sociopolítica, e sim, com a preocupação de inserir a profissão numa moldura teórica e metodológica.

O Serviço Social na saúde vai receber as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária — maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. Foi utilizada uma terminologia mais sofisticada e coerente com o modelo político-econômico implantado no país (Bravo, 1996).

Na distensão política, 1974-1979, o Serviço Social na saúde não se alterou, apesar do processo organizativo da categoria, do aparecimento de outras direções para a profissão,<sup>8</sup> do aprofundamento teórico dos docentes e do movimento geral da sociedade. O trabalho profissional continuou orientado pela vertente “modernizadora”. As produções teóricas, apesar de restritas na área, também não romperam com essa direção. Ressalta-se como exceção a essa tendência um artigo publicado na revista *Serviço Social & Sociedade*,<sup>9</sup> por Nicoletti (1979), que enfoca a planificação em saúde e a participação comunitária, abordando questões presentes no debate do movimento sanitário (Bravo, 1996).

---

8. A renovação do Serviço Social no Brasil ocorre a partir de meados dos anos 1970. Segundo Netto (1996), pode-se identificar três tendências em disputa: a modernizadora com influências do funcionalismo, a de reatualização do conservadorismo com recurso à fenomenologia e a de intenção de ruptura responsável pela interlocução com o marxismo. Essas tendências refletirão no Serviço Social, as forças que tensionaram e dinamizaram a sociedade brasileira a partir deste período.

9. A revista *Serviço Social & Sociedade* é uma publicação da Cortez Editora. Sua primeira edição é de 1979, a seguinte data de 1980.

## 2. As alterações na política de saúde e no Serviço Social nos anos 1980 e 1990

A década de 1980, no Brasil, foi um período de grande mobilização política, como também de aprofundamento da crise econômica que se evidenciou na ditadura militar.<sup>10</sup> Nessa conjuntura, há um movimento significativo na saúde coletiva, que também ocorre no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e da incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo.<sup>11</sup>

O movimento sanitário, que vem sendo construído desde meados dos anos 1970, conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado.

Em 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que é o marco histórico mais importante na trajetória da política pública de saúde neste país. Reuniu cerca de 4.500 pessoas, sendo mil delegados, para discutir os rumos da saúde no país. O temário teve como eixos: “Saúde como direito de cidadania”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”. Foi aprovada nesta Conferência a bandeira da Reforma Sanitária, bandeira esta configurada em proposta, legitimada pelos segmentos sociais representativos presentes ao evento. O relatório desta Conferência, transformado em recomendações, serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal.

No que tange ao modelo de proteção social, a Constituição Federal de 1988 é a mais progressista, e nela a Saúde, conjuntamente com a Assistência Social e a Previdência Social, integra a Seguridade Social. À Saúde

---

10. Apesar de entre 1979 e 1985 o país ter sido presidido pelo general Figueiredo, esta gestão diferenciou-se dos governos militares anteriores, já que neste período ficou evidenciada a incapacidade da ditadura continuar como tal, frente à articulação e mobilização de setores da sociedade civil, principalmente do movimento popular, e o acúmulo de forças da resistência democrática (Netto, 1996).

11. O movimento sanitário consiste na organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública, que colocou em debate a relação da prática em saúde com a estrutura de classes da sociedade.

coube cinco artigos (arts. 196-200), que determinam que esta é um direito de todos e dever do Estado, e estatuem a integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único.

É evidente que esta conquista não foi fácil, visto que, durante o processo que levou a ela, foi visível a polarização da discussão da saúde em dois blocos antagônicos: um formado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação das Indústrias Farmacêuticas (internacionais), que defendia a privatização dos serviços de saúde, e outro denominado Plenária Nacional da Saúde, que defendia os ideais da Reforma Sanitária, que podem ser resumidos como: a democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com controle social.<sup>12</sup> A premissa básica é a compreensão de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. A vitória das proposições da Reforma Sanitária deveu-se à eficácia da Plenária, por sua capacidade técnica, à pressão sobre os constituintes e mobilização da sociedade, e à Emenda Popular assinada por cinquenta mil eleitores e cento e sessenta e sete entidades (Teixeira, 1989; Bravo, 1996).

Uma questão importante de ser clareada é identificar qual a preocupação da categoria dos assistentes sociais naquele momento.

Sem dúvida, o Serviço Social está recebendo influências desta conjuntura (de crise do Estado brasileiro, de falência da atenção à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente e construção de uma reforma sanitária brasileira), mas, por outro lado, está passando por um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social Tradicional (anterior à década de 1980), havendo, assim, uma intensa disputa pela nova direção a ser dada à profissão.

O processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas, por ter sido um movimento de revisão interna, não foi realizado umnexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela Reforma Sanitária. Na nossa análise,

---

12. A categoria controle social significa a participação da sociedade civil na elaboração, implantação e fiscalização das políticas públicas, de maneira que se compreenda que o público deve ser expressão do conjunto das necessidades apresentadas pelos diferentes segmentos da sociedade.

esses são os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde (Bravo, 1996). No entanto, é importante identificar como se deu a relação do Serviço Social com o Movimento da Reforma Sanitária, na década de 1980. É impossível falar do Serviço Social sem se referenciar aos anos 80. Estes são fundamentais para o entendimento da profissão hoje, pois significa o início da maturidade da tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria — intenção de ruptura — e, com isso, a interlocução real com a tradição marxista. No entanto, os profissionais desta vertente se inserem, na sua maioria, nas Universidades, onde, dentro do processo de renovação da profissão, pouco efetivamente intervêm nos serviços. (Netto, 1996 e Bravo, 1996). Se o Serviço Social cresceu na busca de fundamentação e consolidação teóricas, poucas mudanças consegue apresentar na intervenção. Sem dúvida, para se avançar hoje na profissão, se faz necessário recuperar as lacunas da década de 1980. E a intervenção é uma prioridade, pois poucas alterações trouxeram os ventos da vertente intenção de ruptura para o cotidiano dos serviços. Este fato repercute na atuação do Serviço Social na área da saúde — o maior campo de trabalho.

Num balanço do Serviço Social na área da Saúde dos anos 1980, mesmo com todas essas lacunas no fazer profissional, observa-se uma mudança de posições, a saber: a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 1985 e 1989; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela ABESS, ANAS e CFAS para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde<sup>13</sup> (Bravo, 1996).

Os avanços apontados são considerados insuficientes, pois, o Serviço Social na área da saúde chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; continua, como categoria, desarticulado do Movimento da Reforma Sanitária, e com isso, sem nenhuma

---

13. Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS), entidade atualmente desativada, que congregava os Sindicatos de Assistentes Sociais do país. Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS), denominado desde 1993 como Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), designada desde 1997 como Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).

explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (como estava sendo o encaminhamento da Reforma Sanitária); e insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em saúde” (Bravo, 1996).

Para analisar o Serviço Social e a Saúde nos anos 1990, faz-se necessário ter em mente ser este o período de implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal no país, o qual o governo de Fernando Collor de Mello foi o primeiro a tentar implementar. Numa análise que já realizamos desta década (Matos, 2000; Bravo e Matos, 2001) afirmamos que no Brasil existem duas inflexões que são fundamentais. A primeira é o Plano Real e a segunda é a contrarreforma do Estado defendida pelo governo FHC e seus intelectuais.

O projeto político-econômico consolidado no Brasil, nos anos 1990, projeto neoliberal, confronta-se com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social,<sup>14</sup> tecido desde a década de 1980, e com o projeto da Reforma Sanitária. A partir desta contradição surgem algumas questões: Como, numa realidade político-conjuntural adversa, construir e concretizar uma prática que garanta um Estado participativo, formulador de políticas sociais equânimes, universais, não discriminatórias? Como ficam o Serviço Social e os defensores da reforma sanitária nesta trincheira?

Nas proposições referentes à política de saúde, o projeto da reforma sanitária é questionado e consolida-se, na segunda metade dos anos 1990, o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. Este último, pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características destacam-se: o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso.

---

14. Pelo que já foi explicitado nesse texto, o projeto profissional hegemônico do Serviço Social foi sendo construído, articuladamente com as lutas mais gerais da sociedade, e procurou romper com a herança conservadora da profissão. Seus principais formuladores foram as entidades da categoria e os profissionais vinculados à academia, tendo como marco o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, de 1979, conhecido como “congresso da virada”.

A partir do exposto, identificou-se, já nos anos 90, que os dois projetos políticos em disputa na área da saúde, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária apresentaram diferentes requisições para o Serviço Social<sup>15</sup> (Bravo, 1998).

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de abordagens individuais.

Entretanto, o projeto da Reforma Sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

### **3. A recente produção do Serviço Social sobre a área da Saúde<sup>16</sup>**

Visando compreender de que maneira o Serviço Social vem buscando produzir conhecimento e estratégias sobre a área da saúde, neste item serão utilizadas referências bibliográficas que buscaram pensar e/ou intervir no Serviço Social na saúde, a partir da realidade do final dos anos 90. A análise vai partir de três dimensões da profissão: a acadêmica, a política e o trabalho profissional nas instituições.

No aspecto acadêmico, tomar-se-á como referência a dissertação de mestrado de Matos (2000).<sup>17</sup> A indagação consiste em identificar qual o raio de influência do projeto da reforma sanitária e do projeto ético-político

---

15. Como será afirmado adiante, tal disputa, e em consequência, as requisições para a profissão continuam presentes.

16. Este item é resultado parcial de pesquisa desenvolvida pelos autores acerca da produção do conhecimento do Serviço Social sobre a área da saúde que tem como fontes as dissertações de mestrado e as teses de doutorado.

17. Uma versão condensada da parte da dissertação aqui abordada foi publicada em forma de artigo. Ver Matos (2003).

do Serviço Social no trabalho dos assistentes sociais na saúde. A busca desta resposta poderia ser realizada por diferentes caminhos. Optou-se por investigar o *debate* profissional. Assim, é que esse debate foi compreendido através da apreensão da reflexão escrita e, para tanto, foram pesquisados os artigos publicados na revista de maior circulação na área — *Serviço Social & Sociedade* —, bem como as comunicações apresentadas no mais importante congresso da categoria — o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais.

Pode-se afirmar que, na maioria, o debate do Serviço Social na Saúde vem acompanhado de uma referência ao projeto da Reforma Sanitária e ao projeto ético-político profissional, por mais que, muitas das vezes, não explicitamente. Entretanto, ficou patente a dificuldade da maioria dos pesquisadores em realizar — pelo menos é o que está posto na sistematização escrita — um trabalho que efetuassem reflexões acerca do cotidiano, e que estivesse norteado pelo projeto ético-político profissional e o da Reforma Sanitária. Ao contrário, foram os trabalhos que não realizavam tais reflexões sobre o cotidiano os que conseguiam obter tal articulação.

No aspecto político, será resgatada aqui a contribuição de Souza (2001),<sup>18</sup> em sua dissertação de mestrado sobre a contribuição política e profissional dos Assistentes Sociais aos Conselhos de Saúde,<sup>19</sup> e será realizada uma análise do relatório final da gestão 1999-2002 do CFESS (Conselho Federal de Serviço Social).

Souza (2001) estudou todo o material sobre controle social na saúde publicado no âmbito do Serviço Social, bem como as comunicações apresentadas nos congressos da categoria, na década de 1990. Também aproveitou a realização do Encontro Estadual de Seguridade Social, em 2000, no Rio de Janeiro, que contou com a presença de 800 participantes para aplicar um questionário entre os assistentes sociais presentes.

O resultado a que a autora chegou nos informa uma tendência otimista do Serviço Social, já que há uma preocupação com o controle social

---

18. Parte destas ideias está presente no artigo redigido pela autora, em parceria com Bravo. Ver Bravo e Souza (2002).

19. Os Conselhos de Saúde são fóruns deliberativos, compostos por gestores, trabalhadores e usuários, regulamentados nacionalmente através da Lei n. 8.142/90 e pela Resolução n. 33 do Conselho Nacional de Saúde, 1993.

da política de saúde e o potencial de contribuição que a profissão pode proporcionar.

Sobre a concepção dos conselhos, presente nos trabalhos escritos pelos assistentes sociais ou no resultado dos questionários, a autora identificou duas tendências: o otimismo utópico e o pessimismo realista (com duas subtendências: conselho como espaço de cooptação ou conselho como um espaço tenso e contraditório, mas com potencial democratizante).

Apesar do resultado otimista, Souza (2001) apresenta algumas preocupações: poucos trabalhos de assessoria aos conselhos desenvolvidos por assistentes sociais, pouca participação dos assistentes sociais de unidades de saúde nos conselhos e uma incidência pequena (uma assistente social) participante de conselho com uma concepção de saúde voltada para o mercado.

O Conselho Federal de Serviço Social é, sem dúvida, a entidade nacional de representação desta categoria. Assim sendo, examinar as suas frentes de ação política é identificar qual tem sido a bandeira organizativa desta profissão. Um dos eixos de suas frentes foi “Trabalho, direitos e democracia: a resistência ao neoliberalismo”, por meio do qual é reafirmada a defesa das políticas públicas, sendo o compromisso com a seguridade social pública uma estratégia central. Para tanto, essa luta não se dá de uma maneira endógena, mas sim, em articulação com outros trabalhadores, em que os espaços de controle social são fundamentais. Daí, pode-se observar que no período que o relatório cobre (1999-2002), o CFESS participou de diversos espaços: do Conselho Nacional de Saúde — CNS (representando o conjunto dos trabalhadores da saúde), bem como da 11<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, da Plenária Nacional de Saúde, da Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde e das Conferências Nacionais de Vigilância Sanitária e de Saúde Mental.

O CFESS na arena da saúde, tal qual nas outras áreas das políticas sociais públicas, possui reconhecimento como entidade que tem como estratégia o fortalecimento da política pública, na perspectiva da democratização do Estado e da sociedade brasileira. Durante o período que o relatório compreende, cabe destacar a intervenção da entidade no debate acerca da Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos (NOB-RH);

sobre o impacto dos cursos sequenciais (que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação propõe) na área da saúde; o aprofundamento da questão da humanização e acessibilidade no CNS; a intervenção, em conjunto com outras entidades, para a legalização dos cursos de residência para os profissionais não médicos; a discussão sobre a relevância do assistente social na composição das equipes do PSF (Programa de Saúde da Família), enquanto estratégia de melhoria da qualidade do atendimento e não por uma questão corporativista (o que culminou com a aprovação de uma moção sobre esse ponto na XI Conferência Nacional de Saúde) e o incentivo à qualificação da atuação do Assistente Social na área, do qual o documento “Assistente Social: trabalhador da saúde” é um exemplo.

Portanto, fazendo um paralelo entre as conclusões de Souza (2001) e o relatório do CFESS, pode-se considerar que, na atualidade, tem-se uma entidade forte e combativa na defesa das políticas públicas, inclusas as da saúde. Entretanto, esta realidade e predisposição de luta nos espaços de controle social (no qual os Conselhos são estratégicos) ainda não foram apropriadas pelos Assistentes Sociais e nem incorporadas como atividade integrante do seu trabalho.

No aspecto do trabalho desenvolvido nos serviços, é a tese de doutorado de Vasconcelos (1999)<sup>20</sup> e a dissertação de mestrado de Costa (1998),<sup>21</sup> que apresentam as ferramentas para a análise. Vasconcelos (1999) entrevistou 78 assistentes sociais que trabalham na rede de saúde do município do Rio de Janeiro e concluiu que há uma diferença muito grande entre a intenção e o discurso dos Assistentes Sociais e o trabalho desenvolvido. Pois, os assistentes sociais verbalizam um compromisso com a população usuária, mas não conseguem transformá-lo em prática concreta. Assim, estes profissionais ainda reforçam os objetivos da instituição e não os do projeto ético-político da profissão.

Costa (1998) realizou um estudo com o objetivo de identificar por que os profissionais do Serviço Social reiteram um discurso de imprecisão da profissão e de desqualificação técnica na área da saúde, apesar de este

---

20. Publicado em forma de livro no ano de 2002. Ver Vasconcelos (2002).

21. Uma versão condensada da parte da dissertação aqui abordada foi publicada em forma de artigo. Ver Costa (2000).

ser a quarta maior categoria no âmbito do SUS. Assim, tomou como universo de sua pesquisa os serviços públicos de saúde de Natal (RN). A autora parte do princípio de que só se pode pensar o trabalho dos assistentes sociais, tomando como marco de análise o trabalho coletivo em saúde. A partir daí, Costa (1998) afirma que a legitimidade do Serviço Social na saúde se dá pelo avesso, pois esta profissão vem tendo sua utilidade nas contradições fundamentais da política de saúde. Ou seja, a requisição para o trabalho do Serviço Social vem acontecendo a partir das lacunas geradas pela não implementação do SUS. Mas, isto não vem sendo encarado pelos profissionais de Serviço Social como trabalho, daí a imprecisão discursada pelos mesmos. Obviamente, a autora acredita na possibilidade de uma outra ação do Serviço Social na área da saúde, mas considera que a superação do modelo médico hegemônico, com vistas à efetivação do projeto da reforma sanitária, é essencial para a reconstrução dos processos de trabalho em saúde, em que se insere o trabalho dos Assistentes Sociais.

Observa-se, tanto nas dissertações de Matos (2000), de Souza (2001) e de Costa (1998), como na tese de doutoramento de Vasconcelos (1999), que o desafio em comum identificado pelos autores é a necessidade de se consolidar a ruptura com o Serviço Social tradicional, para tanto se faz necessário fortalecer o projeto de “intenção de ruptura”, responsável pela construção do atual projeto ético-político profissional e, em especial, avançá-lo para os serviços, para o cotidiano de trabalho do assistente social.

#### **4. Desafios postos na atualidade para o Serviço Social na Saúde**

Ao analisar a trajetória do Serviço Social na área da saúde, principalmente nos anos 90, identifica-se que alguns desafios ainda estão postos na atualidade.

A eleição de Luís Inácio Lula da Silva, em 2002, para a presidência da República, foi o resultado da reação da população brasileira às medidas implantadas no período anterior. No seu programa de governo, a saúde é entendida como um direito fundamental e há o compromisso em garantir o acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde.

O Ministério da Saúde tem apontado como principais desafios: a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária; a construção de novos modelos de fazer saúde com base na integralidade, a intersetorialidade e a atuação em equipe; o estabelecimento da cooperação entre ensino-gestão-atenção; o controle social e a supressão dos modelos assistenciais verticais e voltados somente para a assistência médica. Como principais diretrizes para a atual gestão são destacadas: a ampliação do atendimento no SUS, de modo especial na atenção básica; o combate às endemias; e a melhoria do acesso aos medicamentos.

Algumas estratégias também têm sido ressaltadas para viabilização dos objetivos e metas a serem alcançados, cabendo destacar: a política de educação para o SUS (mudança na prática e formação); a capacitação continuada de conselheiros de saúde; o acesso à informação; a ênfase na educação para saúde; a ampliação das contratações de agentes comunitários de saúde e a efetivação de outras contratações (auxiliar e técnico de saneamento, agentes de vigilância sanitária e agentes de saúde mental); e o fortalecimento do Programa de Saúde da Família, transformando os polos de capacitação específicos em capacitação de recursos humanos.

A análise que se faz, por conseguinte, após esses meses de governo é que a política macroeconômica do governo anterior foi mantida. As políticas sociais estão fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Nessa setorização, a concepção de seguridade social não foi valorizada. Com relação à política da saúde, alguns aspectos positivos e negativos podem ser salientados.

Como aspecto positivo ressalta-se: o retorno da concepção de Reforma Sanitária; as alterações na estrutura organizacional do Ministério da Saúde; a escolha de profissionais comprometidos com a Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde; e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Como aspectos negativos cabe sinalizar: a não referência à concepção de Seguridade Social, inscrita na Constituição de 1988, que é mencionada apenas no Programa de Governo; a não implementação do Conselho de

Seguridade Social; a continuidade e ampliação de contratação de agentes comunitários como também de outras categorias (auxiliar e técnico de saneamento, agentes de vigilância sanitária, agentes de saúde mental); aumento de verba insignificante, 22 bilhões para 29 bilhões, seguido de corte; e a falta de articulação com as Políticas de Assistência Social e Previdência Social.

A partir do exposto, considera-se que na atualidade os dois projetos referidos anteriormente ainda estão em disputa: o projeto da reforma sanitária *versus* o projeto privatista. O atual governo ora fortalece o primeiro projeto, ora mantém a focalização e o desfinanciamento, características do segundo projeto.

O Serviço Social não passa ao largo desta tensão. Ao mesmo tempo que a década de 1990 é marcada pela hegemonia da tendência de intenção de ruptura e, não por acaso, seja o Serviço Social uma profissão já em sua maioria intelectual. É também, nesta mesma década, que se identifica a ofensiva conservadora a essa tendência. A crítica à tendência de intenção de ruptura não se posiciona como antimarxista, mas sim afirma que o marxismo não apresenta respostas para o conjunto dos desafios postos à profissão pela contemporaneidade. Segundo Netto (1996a), as críticas apresentam em comum o fato de apontarem como problemas o dogmatismo, quando de fato trata-se de ortodoxia, e os equívocos da tradição marxista, quando na realidade tratar-se-ia de possíveis lacunas desta tradição no âmbito do Serviço Social.

Na saúde, onde esse embate claramente se expressa, a crítica ao projeto hegemônico de profissão passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença na possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área da saúde, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social como deslancha para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica.

Sobre o último eixo assinalado, cabe aqui apresentar três expressões. A primeira é a constatação de que ainda existe na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se identificar mais como assistentes sociais, recuperando uma autoa-

apresentação de sanitaristas. A segunda tendência, na atualidade com mais vigor, é a de resgatar no exercício profissional um privilegiamento da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e que tem sido autodenominada pelos seus executores como Serviço Social Clínico. E, por fim, percebe-se gradativamente o discurso da necessidade da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates dedicados à importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica.

Sobre esses pontos, cabem algumas reflexões. O problema não reside no fato dos profissionais de Serviço Social buscarem estudos na área da saúde. O dilema se faz presente quando este profissional, devido aos méritos de sua competência, passa a exercer outras atividades (direção de unidades de saúde, gerência dos dados epidemiológicos etc.), e não mais as identifica como as de um Assistente Social. Assim, o profissional recupera — por vezes impensadamente — uma concepção de que fazer Serviço Social é exercer apenas o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde.

Uma outra questão é a tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois o problema não está no domínio de teorias que abordam o campo *psi* ou sobre doenças, mas sim quando este profissional se distancia, no cotidiano de seu trabalho profissional, do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões. O exercício profissional do assistente social não se reduz à ação exclusiva sobre as questões subjetivas vividas pelo usuário e nem pela defesa de uma suposta particularidade do trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da medicina. Esta última perspectiva fragmenta a ação do assistente social na saúde e reforça a concepção de especialização nas diversas patologias médicas. O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação destes conhecimentos, articulados aos princípios do projeto da reforma sanitária e pelo projeto ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se po-

derá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários do Serviço Social.

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social — numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) — formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando para o fato de que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (Matos, 2003). Considera-se que o nosso código de ética apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos Assistentes Sociais na saúde. Destacam-se entre seus 11 princípios fundamentais:

“Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo”

“Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática”

“Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores”

“Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”

Ou seja, pensar hoje uma atuação competente do Serviço Social na área da saúde, a nosso ver, é:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma crítica e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS;
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros profissionais, espaços nas unidades de saúde que garantam a partici-

pação popular nas decisões a serem tomadas. Bem como levantar discussão e defesa da participação crítica também dos funcionários nesses espaços;

- Estar sempre disposto a procurar reciclagem, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde.

Enfim, não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusividade apenas de uma categoria profissional. Por outro lado, não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um leque de pequenas, mas não menos importantes, atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social. Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e a consubstanciar um trabalho — no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios — que faça frente ao projeto neoliberal, já que este macula direitos e conquistas defendidos pelos seus fóruns e pelas legislações normativas da profissão. É nas palavras leves da poesia que se encontra a dimensão do desafio: “Quebrando pedras, plantando flores” (Cora Coralina).

## Referências bibliográficas

BONETTI, Dilséa et al. (Orgs.). *Serviço Social e ética: convite a uma nova práxis*. São Paulo: Cortez, 1996.

BRAGA, José Carlos; GÓES DE PAULA, Sérgio. *Saúde e previdência*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1986.

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

BRAVO, Maria Inês Souza. *Questão da saúde e Serviço Social. As práticas profissionais e as lutas no setor*. Tese (Doutorado) — Pontifícia Universidade Católica, São Paulo 1991. (Mimeo.)

\_\_\_\_\_. *Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza. Superando desafios: o Serviço Social na saúde na década de 90. In: *Superando Desafios — Cadernos do Serviço Social do Hupe*, Rio de Janeiro, UERJ, n. 3, 1998.

\_\_\_\_\_; MATOS, Maurílio Castro. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês; PEREIRA, Potyara. *Política social e democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

\_\_\_\_\_; SOUZA, Rodriane de Oliveira. Conselhos de saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. In: *Ser social — Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social*, Brasília, UnB, n. 10, 2002.

CERQUEIRA FILHO, Gisálio. *A “questão social” no Brasil. Crítica do discurso político*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

CFESS. *Código de ética do assistente social*. 3. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 1997.

\_\_\_\_\_. *Brasil, mostra tua cara — Relatório final — gestão 1999-2002*. Rio de Janeiro/Brasília: CFESS, 2002.

CORALINA, Cora. *Meu livro de cordel*. Rio de Janeiro: Global, 1985.

COSTA, Maria Dalva H. *Os elos invisíveis do processo de trabalho em saúde: um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais nos serviços públicos de saúde nos anos 90 em Natal (RN)*. Dissertação (Mestrado) — UFPE, Recife: 1998. (Mimeo.)

\_\_\_\_\_. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 62, 2000.

COSTA, Nilson R. *Lutas urbanas e controle sanitário*. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

FERNANDES, Florestan. *Nova república?* Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo (Orgs.). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, Abrasco, IMS-UERJ, 1994.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 1998.

\_\_\_\_\_; CARVALHO, Raul. *Relações sociais e serviço social no Brasil*. São Paulo: Cortez/Celats, 1982.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” — anos 80. In: *Revista Physis*, Rio de Janeiro, Relume/Dumará e IMS-UERJ, n. 1, 1991.

MATOS, Maurílio Castro. *O debate do serviço social na saúde na década de 90: sua relação com o projeto ético-político profissional e com o projeto da reforma sanitária*. Dissertação (Mestrado) — Rio de Janeiro: ESS-UFRJ. 2000. (Mimeo.)

MATOS, Maurílio Castro. O debate do serviço social na saúde na década de 90. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 74, 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). *Distrito Sanitário — O processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde*, 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999.

NETO, Eleutério Rodrigues. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: *Incentivo à participação popular e o controle social no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde/Brasil, 1994.

NETTO, José Paulo. *Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*. São Paulo: Cortez, 1996.

\_\_\_\_\_. Transformações societárias e Serviço Social — notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 50, 1996a.

NICOLETTI, Lenita. Planificação em saúde e participação comunitária. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 1, 1979.

OLIVEIRA, Jaime A.; TEIXEIRA, Sônia. M. F. *(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1986.

PALOCCI FILHO, Antônio (Coord.). *Programa de governo*. Coligação Lula Presidente. São Paulo, 2002.

\_\_\_\_\_. A política de Saúde — Um Brasil para todos. *Saúde em Debate*, n. 62, Rio de Janeiro, Cebes, set./dez., 2002.

SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). *Pós-neoliberalismo: As políticas sociais e o Estado democrático*, 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

SANTOS, Wanderley Guilherme. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SOUZA, Rodriane de Oliveira. *Serviço social na saúde: contribuições políticas e profissionais ao exercício do controle social*. Dissertação (Mestrado) — ESS-UFRJ, Rio de Janeiro, 2001 (Mimeo.)

TEIXEIRA, Sônia Fleury. A política de saúde na transição conservadora. *Saúde em debate*, Londrina, Cebes, n. 26, 1989.

VASCONCELOS, Ana Maria. *Tendências da prática profissional do Assistente Social na atenção à saúde no município do Rio de Janeiro*. Tese (Doutorado) — ESS-UFRJ, Rio de Janeiro, 1999 (Mimeo.)

\_\_\_\_\_. *A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. São Paulo: Cortez, 2002.