



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CAMPUS ARAPIRACA
UNIDADE EDUCACIONAL PALMEIRA DOS ÍNDIOS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

FERNANDA MARINHO DA SILVA

**ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE:
ameaças e desafios para o fortalecimento do Projeto Ético-Político**

PALMEIRA DOS ÍNDIOS
2021

Fernanda Marinho da Silva

**Atuação do/a assistente social na política de saúde:
ameaças e desafios para o fortalecimento do Projeto Ético-Político**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Universidade Federal de Alagoas – UFAL, Campus de Arapiraca, Unidade Educacional Palmeira dos Índios, Curso de Graduação em Serviço Social, como pré-requisito para a obtenção do grau de Graduação em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvana Márcia de Andrade Medeiros

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Unidade Palmeira dos Índios
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Kassandra Kallyna Nunes de Souza (CRB-4: 1844)

S586a Silva, Fernanda Marinho da
Atuação do_a assistente social na política de saúde: ameaças e desafios para o fortalecimento do projeto ético-político / Fernanda Marinho da Silva, 2021.
65 f.

Orientadora: Silvana Márcia de Andrade Medeiros.
Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas. Campus Arapiraca. Unidade Educacional de Palmeira dos Índios. Palmeira dos Índios, 2021.

Bibliografia: f. 60 – 65

1. Serviço social. 2. Política de saúde. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4. Saúde pública - Brasil. I. Medeiros, Silvana Márcia de Andrade. II. Título.

CDU: 364

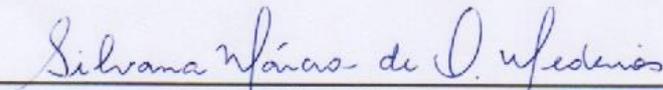
Fernanda Marinho da Silva

Atuação do/a assistente social na política de saúde: ameaças e desafios para o fortalecimento do Projeto Ético-Político

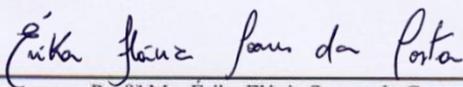
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Universidade Federal de Alagoas – UFAL, Campus de Arapiraca, Unidade Educacional Palmeira dos Índios, Curso de Graduação em Serviço Social, como pré-requisito para a obtenção do grau de Graduação em Serviço Social.

Data de Aprovação: 29 / 01 / 2021.

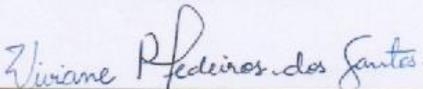
Banca Examinadora



Prof.ª Dr.ª Silvana Márcia de Andrade Medeiros
Universidade Federal de Alagoas – UFAL / Campus Arapiraca / Unidade Educacional
Palmeira dos Índios / Curso de Graduação em Serviço Social
(Orientadora)



Prof.ª Ma. Erika Flávia Soares da Costa
Universidade Federal de Alagoas – UFAL / Campus Arapiraca / Unidade Educacional
Palmeira dos Índios / Curso de Graduação em Serviço Social
(Examinadora interna)



Ma. Viviane Medeiros dos Santos
(Examinadora externa)

Aos meus pais, Marlene e Marco Antônio,
meus irmãos e sobrinhos.

Dedico, com amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela dádiva da vida e por me conceder a graça de chegar até aqui sendo meu guia, protetor e me dando forças para continuar.

À minha mãe, Marlene Marinho, por todo amor, dedicação e apoio durante toda minha trajetória de vida e ao meu pai, Marco Antônio, pelo incentivo e por acreditar em mim.

Aos meus irmãos, Makson (*in memoriam*), Alexandre, Alisson, Marlos e Mateus, por confiarem em mim e por tudo o que vivemos juntos.

Aos meus amados sobrinhos, Lucas Micael e José Miguel, que preenchem minha vida com amor e esperança.

À minha família, que tanto me apoiou e me ajudou nos momentos mais difíceis.

Aos meus vizinhos, por todo apoio e ajuda quando eu mais precisei.

Aos/às amigos/as, que sempre se fizeram presente em minha vida.

Às minhas amigas de turma, Amanda, Denise, Ellaine, Jacqueline, Renata, Satyla e Tacyara, por tudo o que compartilhamos e por todo apoio nos momentos mais difíceis.

A meu amigo Edson, que conheci no primeiro dia de aula, pelas inúmeras caronas quando não tínhamos transporte para ir à Universidade, e por todo seu apoio quando precisei.

Às minhas amigas Bruna, Eloíse, Isabelle, Jamatielle, Joyce, Paloma, Regineide, Rita e Tatiane, que durante a graduação cruzaram meu caminho e com quem pude aprender, compartilhar momentos e ter o apoio em períodos de dificuldade.

Aos queridos amigos da Psicologia, Adeildo, Adriana, Hortêncio, Kércya, Mirella, Patrícia, Polyana e Vitória, por todos os risos, histórias compartilhadas e por todo apoio.

À Denilda Santos, minha Supervisora de Estágio, por todas as conversas e ensinamentos ao longo de meu Estágio Curricular Obrigatório.

Aos/às professores/as do Curso de Serviço Social da UFAL Palmeira dos Índios, pela contribuição na minha formação profissional, em especial, à minha orientadora Silvana Medeiros, por sua contribuição na continuação da construção deste trabalho.

Aos encontros e reencontros que a vida me proporcionou no decurso desta trajetória, que direta e indiretamente contribuíram para minha graduação e construção deste trabalho.

O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia a dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários.

Marilda Vilela Iamamoto

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “Atuação do/a assistente social na política de saúde: ameaças e desafios para o fortalecimento do Projeto Ético-Político”, tem como objeto de estudo o trabalho do/a assistente social na política de saúde no Brasil, dos anos 1930 aos dias atuais, situado nas transformações no mundo do trabalho e, em particular, visa identificar as dificuldades e possibilidades atuais para atuação profissional, diante do contexto neoliberal e da precarização do trabalho. O objetivo desta pesquisa é refletir sobre os desafios que recaem sobre a atuação profissional dos/as assistentes sociais, que ameaçam os/as profissionais de fortalecerem o Projeto Ético-Político construído a partir da segunda metade da década de 1970. A pesquisa baseia-se na perspectiva histórico-crítica dialética buscando apreender as determinações históricas do objeto de estudo. Nesta pesquisa, verificam-se as mudanças na política de saúde e no Serviço Social, principalmente a partir da década de 1970, e os impactos causados no trabalho dos/as assistentes sociais que decorrem da precarização e do desmonte neoliberal.

Palavras-chave: Serviço Social. Projeto Ético-Político. Política de Saúde. Reforma Sanitária. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This Course Conclusion Paper (CCP) entitled “The role of the social worker in health policy: threats and challenges for strengthening the Ethical-Political Project”, has as object of study the work of the social worker in health policy health in Brazil, from the 1930s to the present day, situated in the transformations in the world of work and, in particular, aims to identify the current difficulties and possibilities for professional performance, in the face of the neoliberal context and precarious work. The objective of this research is to reflect on the challenges that fall on the professional performance of social workers, which threaten professionals to strengthen the Ethical-Political Project built from the second half of the 1970s. The research is based in the historical-critical dialectical perspective seeking to apprehend the historical determinations of the object of study. In this research, the changes in the health policy and in the Social Work are verified, mainly from the 1970s, and the impacts caused in the work of the social workers that result from the precariousness and the neoliberal dismantling.

Keywords: Social Work. Ethical-Political Project. Health Policy. Health Reform. Health Unic System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CEAS	Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
FAS	Fundo de Apoio Social ao Desenvolvimento
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica de Saúde
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
OEA	Organização dos Estados Unidos
ONU	Organização das Nações Unidas
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	O SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE NO BRASIL: APROXIMAÇÕES HISTÓRICAS	15
2.1	AS BASES HISTÓRICAS PARA ENTENDER A CONSOLIDAÇÃO DA PROFISSÃO E AS DICOTOMIAS DA CONFIGURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE EXCLUDENTE: ANOS 1930 A 1970	15
2.2	PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL E O PROJETO DA REFORMA SANITÁRIA NOS ANOS 1980 E 1990: A RUPTURA DO CONSERVADORISMO PROFISSIONAL E O COMPROMISSO COM O ACESSO UNIVERSAL À SAÚDE	30
3	DESAFIOS PARA O FORTALECIMENTO DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO E DO SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE	39
3.1	CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL, CONTRARREFORMA DO ESTADO E NEOLIBERALISMO: IMPACTOS SOBRE AS POLÍTICAS SOCIAIS E O SUS	39
3.2	ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E PARÂMETROS PARA REFERENCIAR A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	46
3.3	DESAFIOS E EXIGÊNCIAS ATUAIS	52
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS	61

1 INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), intitulado “Atuação do/a assistente social na política de saúde: ameaças e desafios para o fortalecimento do Projeto Ético-Político”, tem como objeto de estudo o trabalho do/a assistente social na política de saúde no Brasil, dos anos 1930 aos dias atuais, situado nas transformações no mundo do trabalho e, em particular, visa identificar as dificuldades atuais e as possibilidades para atuação profissional, diante do contexto neoliberal e da precarização. Desta forma, no decurso desta pesquisa, que exprime uma discussão acerca da política de saúde e do Serviço Social, pretende-se apresentar o trabalho do/a assistente social na saúde, bem como as implicações no exercício profissional que limitam e ameaçam o fortalecimento do Projeto Ético-político, projeto que está vinculado à defesa dos interesses da classe trabalhadora.

Tem como objetivo refletir sobre os desafios que recaem sobre a atuação profissional dos/as assistentes sociais, que ameaçam os/as profissionais de fortalecerem o Projeto Ético-Político construído a partir da segunda metade da década de 1970. Foram definidos como objetivos específicos: abordar a historicidade do Serviço Social e da política de saúde, considerando as significativas mudanças que ocorreram entre as décadas de 1930 e 1990; compreender as transformações no mundo do trabalho que impactam a atuação profissional dos/as assistentes sociais na contemporaneidade; evidenciar as condições de trabalho dos/as profissionais e destacar os desafios do exercício profissional, atentando para o fortalecimento do projeto profissional.

O interesse pelo tema surgiu mediante a necessidade de refletir sobre as condições de trabalho dos/as assistentes sociais, tendo em consideração o crescimento dos campos de trabalho para essa categoria profissional. No entanto, uma expansão do mercado de trabalho que está atrelada a intensificação da precarização do trabalho, que por conseguinte, é inerente ao sistema capitalista e aprofunda-se com a crise estrutural do capital a partir dos anos 1970.

A monografia estrutura-se em duas seções. Na primeira seção, propõe-se apresentar a trajetória e uma breve contextualização histórica da saúde e do Serviço Social, de modo a discorrer no primeiro item sobre a década de 1930 a 1970, versando sobre a gênese e consolidação da profissão bem como as intervenções do Estado na política de saúde. Em um segundo item desta seção, apresenta-se o contexto de redemocratização do País nos anos de 1980 e de hegemonia neoliberal nos anos 1990, trazendo considerações acerca do Serviço Social e da política de saúde, com ênfase para os processos de construção do Projeto Ético-Político e do Projeto da Reforma Sanitária.

Na segunda seção, abordam-se os desafios para o fortalecimento do Projeto Ético-Político e do Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo no primeiro item os impactos da contrarreforma do Estado e do neoliberalismo sobre as políticas sociais e o SUS. No segundo item, trata-se dos parâmetros para atuação do/a assistente social, referenciando sua atuação na saúde, e, finaliza a seção abordando no terceiro item, os desafios e as exigências atuais para o exercício profissional dos/as assistentes sociais.

Foram utilizados como procedimentos metodológicos para desenvolver este trabalho a pesquisa bibliográfica e documental, baseada pelo método crítico-dialético buscando apreender as determinações históricas do objeto em estudo. Na primeira seção, destacam-se autores como Silva (2002), Bravo e Matos (2009), Bravo (2009; 2011), Iamamoto e Carvalho (2014) e José Paulo Netto (2015). Na segunda seção, foram adotados autores como Antunes e Druck (2013), Raichelis (2010; 2011), Trindade e Lins (2015). A pesquisa documental abrangeu o aparato legal da política de saúde, a Constituição Federal de 1988, legislações profissionais e documentos produzidos pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

Torna-se necessário situar a profissão neste contexto de ofensiva neoliberal que se aprofunda no Brasil na década de 1990 e identificar as manifestações da precarização no âmbito do trabalho dos/as assistentes sociais, que como trabalhador/a assalariado/a está sujeito/a aos impactos deste processo de restauração capitalista frente à crise estrutural. Ao estudar a precarização do trabalho constata-se que as implicações causadas no campo interventivo do/a assistente social é resultado desta crise e das mudanças societárias refletidas no mundo do trabalho, portanto, é uma exigência considerar a totalidade para entender as condições atuais de atuação profissional e os desafios históricos.

Assim sendo, a temática tem relevância para o Serviço Social, visto que na atuação profissional do/a assistente social, as manifestações da precarização se concretizam afetando sua prática de modo que o/a profissional depara-se no ambiente de trabalho também com os desafios e condições presentes na instituição empregadora, o que acaba por dificultar ou ameaçar a autonomia profissional, os direitos previstos na legislação profissional e o fortalecimento do Projeto Ético-político.

Como profissionais assalariados, o exercício profissional sem os meios necessários para efetivar seu trabalho, com os embates que as condições precárias lhe são postas no ambiente de trabalho como jornadas extensas de trabalho, baixos salários e contratos de trabalho precários e instáveis, em conjunto com o desmonte da seguridade social brasileira e, em especial, a política de saúde universal e democrática repõe como exigência o debate sobre o Serviço Social

e as lutas pela afirmação de direitos, como parte de um projeto de construção de uma sociedade anticapitalista.

2 O SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE NO BRASIL: aproximações históricas

Esta seção aborda a institucionalização, consolidação e direção social do Serviço Social como profissão e as configurações da política de saúde como intervenção estatal nacional, articulados em contextos históricos específicos no Brasil, encontrando-se apresentada em dois itens. No primeiro, trata nas décadas de 1930 a 1970 a consolidação da profissão e da intervenção estatal na saúde, no contexto de grandes transformações e aprofundamento do capitalismo na sociedade brasileira. No segundo item, apresenta-se um movimento de ruptura nos anos de 1980 e 1990, que contribui para a gênese do Projeto Ético-político profissional e do Projeto da Reforma Sanitária, materializados nos Códigos de Ética do/a Assistente Social de 1986 e 1993, e no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nas três primeiras décadas do século XX teve início a expansão acelerada das relações capitalistas e as expressões da questão social tornaram-se mais evidentes, fazendo surgir a necessidade de intervir nas suas manifestações relacionadas à condição salarial dos trabalhadores. A partir daí, é demandado a intervenção do Estado voltada para preservação e controle da força de trabalho, incluindo desenvolver políticas sociais para conter o quadro que se instaurava a partir destas relações.

Nos anos de 1930, marcados por um período turbulento, como a crise de 1929 e o Estado Novo no Brasil, de natureza ditatorial, registra-se o surgimento do Serviço Social como espaço sócio-ocupacional inserido neste cenário de contradições, no qual a atuação profissional de assistentes sociais foi cada vez mais demandada pelo Estado. As mudanças que vinham ocorrendo nesse momento foram notórias e intensificaram-se nos anos que se sucederam, incidindo sobre o processo de reprodução das relações sociais e na nova racionalidade no enfrentamento e respostas à questão social.

2.1 AS BASES HISTÓRICAS PARA ENTENDER A CONSOLIDAÇÃO DA PROFISSÃO E AS DICOTOMIAS DA CONFIGURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE EXCLUDENTE: ANOS 1930 A 1970

Na década de 1930, no Brasil, houve a expansão de um processo de industrialização e urbanização acelerada — a população migrava da zona rural para os grandes centros urbanos em busca de trabalho. O país estava sob o governo autoritário de Getúlio Vargas (1930–1945), e à medida que as relações capitalistas avançavam, intensificavam-se as precárias condições de trabalho que resultaram no agravamento das expressões da questão social como pobreza,

desigualdade social, desemprego, violência, adoecimento de trabalhadores, entre várias outras expressões decorrentes da contradição existente entre a relação capital e trabalho. Essa relação caracteriza-se como antagônica, desigual, mas necessária ao sistema capitalista. Uma relação que produz riqueza e pobreza em polos opostos, fazendo com que a classe proletária seja cada vez mais explorada, pauperizada e sem acesso à riqueza produzida.

Diante desse cenário, a classe trabalhadora (proletariado) passa a manifestar indignação e revoltas perante a situação a qual estava submetida e reivindicava por melhores condições de trabalho e vida. As expressões da questão social aparecem mais visíveis de modo que, de início, a Igreja assume o papel de intervir nessas expressões para minimizar os impactos do pauperismo. O Estado passa a administrar esses impactos, haja vista que o Estado é um órgão que age em favor da classe economicamente dominante para garantir as condições necessárias de extração de mais-valia através da exploração da força de trabalho.

É através de sua intervenção que o Estado ao tempo que atenua as expressões da questão social, de modo a controlar a revolta dos trabalhadores possibilita a reprodução da força de trabalho mediante a exploração dos mesmos, mantendo as bases para o funcionamento do sistema capitalista portanto, evidencia-se que não se trata de um Estado neutro¹ (BIZERRA, 2016). Em outras palavras, o Estado é funcional ao sistema desigual e explorador, permeado por contradições e antagonismos, amenizando apenas as contradições ao passo que mantém as bases de exploração do trabalho. A condição de exploração é associada à particularidade da formação social brasileira, caracterizada por séculos de trabalho escravizado (BEHRING; BOSCHETTI, 2008), e uma intervenção estatal marcada por traços oligárquicos, coercitivos e autoritários (MEDEIROS, 2008).

Segundo Silva (2002), as transformações que ocorreram nesse processo histórico de desenvolvimento e articulação entre classes na década de 1930, possibilitou o surgimento do Serviço Social no Brasil, uma profissão que se articulou como uma necessidade, uma demanda capitalista, passando a participar do processo de reprodução das classes sociais, o que torna uma prática profissional histórica inserida em um cenário de contradições e regida pelas relações sociais dominantes.

¹ “O Estado não é um órgão neutro. De fato, não há na sua ação qualquer traço de neutralidade, ainda que, aparentemente, mas só aparentemente, isso possa ser disseminado. Em sua essência, - quer dizer, para além das formas imediatas de regime ou de governo - é o poder político *da* classe economicamente dominante que através dele adquire os meios indispensáveis para que se consolide a dominação sobre uma parcela majoritária da sociedade. O Estado só existe como órgão de dominação de classe; como órgão que atua em meio ao conflito das classes que, entre si, não podem se conciliarem” (BIZERRA, 2016, p. 34, grifo do autor).

Assim, quanto mais o capitalismo avançava, mais contradições e mais desigualdades gerava para os trabalhadores, tornando as expressões da questão social mais notórias. Quando esses trabalhadores passam a se reconhecer enquanto classe e se revoltam com as condições de trabalho, começam a questionar a ordem. O Estado então passou a intervir requisitando profissionais aptos a atuarem no enfrentamento das contradições que o desenvolvimento capitalista propiciou. Desse modo, o Serviço Social se gesta nesse contexto com assistentes sociais atuando por meio dos serviços sociais e políticas sociais para atenuar as contradições vigentes no enfrentamento da pobreza e por conseguinte, situando-se no processo de reprodução das relações sociais.

Nesse contexto, o surgimento do Serviço Social deve ser entendido como um mecanismo vinculado aos interesses da burguesia e do Estado para controlar e, ao mesmo tempo, para amortecer os conflitos e as revoltas dos trabalhadores, surgindo a favor do capitalismo e como uma necessidade para sua expansão. Surge, portanto, na contradição entre assegurar o desenvolvimento da acumulação capitalista e responder aos interesses dos trabalhadores, explicitando uma natureza contraditória e polarizada pela luta de classes. “Se, de um lado, o profissional é solicitado a responder às exigências do capital, de outro, participa, ainda que subordinadamente, de respostas às necessidades legítimas de sobrevivência da classe trabalhadora” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 27).

Constitui-se uma profissão que participa da reprodução das relações sociais, considerada por Iamamoto e Carvalho (2014, p. 23) “[...] como atividade auxiliar e subsidiária no exercício do controle social e na difusão da ideologia dominante”. Assim, estes autores anunciaram alguns traços relevantes na história do Serviço Social no Brasil, na significativa obra publicada em 1982:

O surgimento e desenvolvimento dessa instituição são vistos a partir do prisma da “questão social”, isto é, do surgimento do proletariado com expressão política própria. Os rumos que essa instituição progressivamente assume são analisados tendo por elemento determinante a **correlação de forças entre as classes fundamentais da sociedade**. [...] O Serviço Social surge como um dos mecanismos utilizados pelas classes dominantes como meio de exercício de seu poder na sociedade, instrumento esse que deve modificar-se, constantemente, em função das características diferenciadas da luta de classes e/ou das formas como são percebidas as sequelas derivadas do aprofundamento do capitalismo. Estas sequelas se manifestam, também, por uma série de comportamentos “desviantes”, que desafiam a Ordem. [...] face ao crescimento da miséria relativa de contingentes importantes da classe trabalhadora urbana, o Serviço Social aparece como uma das alternativas às ações caritativas tradicionais, dispersas e sem solução de continuidade, a partir da busca de uma nova “racionalidade” no enfrentamento da questão social (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 23, grifo nosso).

Desse modo, sua emergência deve ser entendida sob a perspectiva da questão social e do reconhecimento do trabalhador enquanto classe, que aparece no momento em que o capitalismo aprofunda-se, fazendo evidenciar o surgimento do proletário. Portanto, a profissão surge respondendo aos interesses da burguesia devido às condições determinadas no contexto histórico da década de 1930, como uma das formas de enfrentamento da questão social e já denota sua natureza contraditória, responder aos interesses da burguesia e, ao mesmo tempo, do proletário.

O surgimento do Serviço Social está intrinsecamente relacionado com as transformações sociais, econômicas e políticas do Brasil nas décadas de 1930 e 1940, com o projeto de recristianização da Igreja Católica e a ação de grupos, classes e instituições que integraram essas transformações. Essas décadas são marcadas por uma sociedade capitalista industrial e urbana. A industrialização processava-se dentro de um modelo de **modernização conservadora**, pois era favorecida pelo Estado corporativista, centralizador e autoritário. Assim, a burguesia industrial aliada aos grandes proprietários rurais, buscava apoio principalmente no Estado para seus projetos de classe e, para isso, necessitavam encontrar novas formas de enfrentamento da chamada “questão social” (PIANA, 2009, p. 88, grifo nosso).

Logo, o Serviço Social surge atrelado as bases confessionais, isto é, vinculado à Igreja Católica, o que explica a visão caritativa presente originalmente na profissão articulada à dinâmica da conjuntura deste período. O Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS)², criado em 1932 teve suas atividades intensificadas em 1936 e fundou a primeira Escola de Serviço Social sob forte influência católica em um momento em que a Igreja iniciava uma reinserção social. A segunda escola também sob inspirações católicas surge no Rio de Janeiro em 1937, com o Instituto de Educação Familiar e Social, e em 1938, a Escola Técnica de Serviço Social (CASTRO, 2000).

Nesse momento da conjuntura nacional, o Serviço Social ainda é um projeto embrionário de intervenção profissional. Apresenta-se como estratégia de qualificação do laicato da Igreja católica que, no contexto do desenvolvimento urbano, vinha ampliando sua ação caritativa aos mais necessitados, para o desenvolvimento de uma prática ideológica junto aos trabalhadores urbanos e suas famílias. Procura-se, com isso, atender ao imperativo da justiça e da caridade, em cumprimento da missão política do apostolado social, em face do projeto de cristianização da sociedade, cuja fonte de justificação e fundamento é encontrada na Doutrina Social da Igreja (SILVA, 2002, p. 25).

² O CEAS é “considerado como o vestibulo da profissionalização do Serviço Social no Brasil [...] o trabalho de organização e preparação dos leigos se apoia numa base social feminina de origem burguesa respaldada por assistentes sociais belgas, que ofereceram a sua experiência para possibilitar a fundação da primeira escola católica de Serviço Social. (CASTRO, 2000, p. 103).

Como salientado, o Serviço Social tem sua gênese atrelada à Igreja Católica e as práticas eram vistas como ações caritativas, mas somente a partir da década de 1940 a profissão consegue romper com as bases confessionais e desloca-se para as bases do Estado. No entanto, isso se faz mantendo o traço conservador da profissão e o Estado torna-se o maior empregador de assistentes sociais. O Serviço Social então adquire legitimação profissional e se institucionaliza, articulado a criação de entidades assistenciais que inseriram assistentes sociais no quadro de profissionais nas diversas esferas do trabalho.

Segundo Iamamoto e Carvalho (2014):

O Serviço Social no Brasil afirma-se como profissão, estreitamente integrado ao setor público em especial, diante da progressiva ampliação do controle e do âmbito da ação do Estado junto à sociedade civil. Vincula-se, também, a organizações patronais privadas, de caráter empresarial, dedicadas às atividades produtivas propriamente ditas e à prestação de serviços sociais à população. A profissão se consolida, então, como parte integrante do aparato estatal e de empresas privadas, e o profissional, como um assalariado a serviço das mesmas. Dessa forma, *não se pode pensar a profissão no processo de reprodução das relações sociais independente das organizações institucionais a que se vincula*, como se a atividade profissional se encerrasse em si mesma e seus efeitos sociais derivassem, exclusivamente, da atuação profissional. [...] O processo de institucionalização do Serviço Social como profissão dentro da divisão social do trabalho encontra-se estreitamente vinculado ao crescimento das grandes instituições de prestação de serviços sociais e assistenciais, geridas ou subsidiadas pelo Estado, que viabilizam a expansão do mercado de trabalho para estes trabalhadores especializados (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 86; 89, grifo dos autores).

Assim, esse processo de institucionalização está inserido na criação das instituições assistenciais, estatais e paraestatais que a partir dos anos 1940 começam a ser criadas e que possibilitam a expansão da profissão nas décadas seguintes. Relaciona-se, portanto, ao processo de profissionalização da profissão com um grande número de instituições em surgimento. Nas palavras de Iamamoto e Carvalho (2014, p. 327):

As grandes instituições assistenciais desenvolvem-se num momento em que o Serviço Social, como profissão legitimada dentro da divisão social do trabalho — entendido o Assistente Social como profissional que domina um corpo de conhecimentos, métodos e técnicas — é um projeto ainda em estado embrionário; é uma atividade profundamente marcada e ligada à sua origem católica, e a determinadas frações de classes, as quais ainda monopolizam seu ensino e prática. Nesse sentido, o processo de institucionalização do Serviço Social será também o processo de profissionalização dos Assistentes Sociais formados nas Escolas especializadas (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 327).

Notoriamente, a década de 1930 marca intensas mudanças impactando profundamente a relação entre as classes e a ampliação das funções do Estado, que incidiram na gênese da

profissão e na configuração de uma política nacional de saúde³. Em conformidade com Lima *et al.*, (2005, p. 37–38), na chamada Primeira República ou República Velha,

[...] foram estabelecidas as bases para a criação de um sistema nacional de saúde, caracterizado pela concentração e verticalização das ações no governo central. O período que se inicia em 1930, visto como marco inicial das políticas sociais e da centralidade estatal, é tributário desse processo de expansão da autoridade estatal por meio da adoção de políticas e ações de saúde orientadas por princípios e estratégias comuns [...]. (LIMA *et al.*, 2005, p. 37-38).

No período que compreende os anos 1930 e 1940, algumas medidas para a saúde pública foram adotadas e destacam-se como principais, em conformidade com Braga e Paula (1986 *apud* BRAVO, 2009):

- 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 no 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; PAULA, 1986 *apud* BRAVO, 2009, p. 91).

Dentre as medidas de estruturação da política de saúde, ocorreu a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), órgão que em 1941 passa por uma reforma administrativa que “[...] implicou a verticalização das ações de saúde, a centralização e a ampliação da base territorial do governo federal” (LIMA *et al.*, 2005, p. 44). Esse Ministério deveria prestar serviços aos “[...] considerados pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais, ou seja, todos aqueles que não se encontravam habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas caixas e pelos institutos previdenciários” (Ibid., p. 41-42).

Segundo Bravo (2009), no período entre 1930 a 1964, a política de saúde alcançou um caráter nacional e passou a se organizar em dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária. “O subsetor de saúde pública será predominantemente até meados de 1960 e se

³ Essa política de saúde era uma política restritiva, tendo em vista que nesse período não se tinha uma assistência médica voltada para toda a população. Somente com a Constituição Federal de 1988 a saúde passa a ser direito de toda a sociedade.

centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as de campo” (BRAVO, 2009, p. 91). O subsetor de medicina previdenciária surgiu com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), posteriormente, transformadas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), e torna-se dominante a partir de 1966.

Dessa forma, o acesso à assistência e à saúde individual era limitado e restrito às categorias profissionais que organizaram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), criadas pela Lei Eloy Chaves, em 1923; e, posteriormente, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que foram os embriões do sistema previdenciário. Somente quase cinco décadas mais tarde seria instituído o direito universal da saúde.

Com o fim do Estado Novo em 1945, o país adentra um período democrático marcado pelas lutas por reformas e pelo debate sobre o subdesenvolvimento e propostas para superação, se estendendo até 1964, quando o golpe civil-militar se instaurou no país. O Presidente Vargas — que estava no governo desde a década passada — perde o poder e assume a Presidência da República Eurico Gaspar Dutra, promulgando em 1946 uma nova Constituição e dando início a um novo período político.

Ainda que com limites, os rumos da saúde pública e da assistência foram debatidos e decididos, pela primeira vez, em um ambiente mais democrático, caracterizado por disputas político-partidárias, eleições livres, funcionamento dos poderes republicanos, liberdade de imprensa e organização e demandas por direitos e incorporação (LIMA *et al.*, 2005, p. 46).

Nesse cenário, a política nacional de saúde se consolidou e os gastos com assistência médica e previdenciária ampliaram-se. Entretanto, [...] “esta assistência, por não ser universal, gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 199). Segundo os autores, “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” (Ibid., p. 119). A saúde se torna o campo que mais absorve assistentes sociais em hospitais ou programas prioritários, assim, “o assistente social consolidou uma tarefa 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” (Ibid., p. 199).

Em um movimento de atualização da profissão, em 1947, o Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS) promoveu o I Congresso Brasileiro de Serviço Social⁴, “[...] constitui-se no primeiro grande conclave que reúne representantes das principais entidades particulares e governamentais ligadas ao Serviço Social e à Assistência Social” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 346), servindo de base para a preparação do 2º Congresso Pan-Americano de Serviço Social, que teve como tema central “o Serviço Social e a Família” e contou com a participação do Presidente da República Gaspar Dutra (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014), ocorrendo no Rio de Janeiro em 1949.

Na década de 1950 o país vivenciava um período marcado pela modernização, e o modelo desenvolvimentista atinge seu ápice sob o governo de Juscelino Kubitschek (JK). O governo passa a adotar uma política desenvolvimentista, na qual se insere o Desenvolvimento de Comunidade, que se inicia no país decorrente dos movimentos internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização dos Estados Unidos (UEA); como também pela política nacional, visando propiciar e criar as condições políticas, econômicas e sociais para integrar e dinamizar o desenvolvimento capitalista, ou seja, propiciar o desenvolvimento econômico do país (AMMANN, 2003). No âmbito da saúde:

Os marcos institucionais desse período – como a criação do Ministério da Saúde, em 1953, a reorganização dos serviços nacionais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), em 1956, a campanha nacional contra a lepra, as campanhas de controle e erradicação de doenças, como a malária, de 1958 a 1964, e a 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963 – reforçam pontos importantes (LIMA *et al.*, 2005, p. 50).

Conforme Silva (2002), entre 1961 e 1964, o Brasil vivencia um período de efervescência do populismo, assumindo a Presidência da República João Goulart após a renúncia de Jânio Quadros. O governo de Goulart pretendia promover o nacionalismo desenvolvimentista do país através de uma política populista, executando reformas para estimular esse desenvolvimento, ao passo em que primava uma política de restrição dos investimentos multinacionais. Dessa forma, segundo Silva (2002):

Verifica-se, nessa conjuntura, um período de gestação da consciência nacional-popular, com o engajamento de amplos setores sociais na luta pelas reformas estruturais e reformas de base, com especial atenção para uma política externa

⁴ “Os debates, assim como as conclusões e recomendações, são organizados segundo seis grandes campos – Serviço Social e Família, Serviço Social de Menores, Educação Popular e Lazeres, Serviço Social Médico, Serviço Social na Indústria, Agricultura e Comércio, e os Agentes do Serviço Social – abarcando em cada um grande número de assuntos” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 349).

independente. Os processos de conscientização e politização atingem operários e camponeses, estudantes e intelectuais, com a presença das ligas camponesas, sindicatos rurais, Movimento de Educação de Base (MEB), Centros Populares de Cultura, Movimento de Cultura Popular, Ação Popular e outros (SILVA, 2002, p. 27).

Segundo Silva (2002), nesse cenário, o Serviço Social passou cada vez mais a ser absorvido pelo Estado, período que começa a emergir uma nova prática profissional com o desenvolvimento de uma perspectiva crítica ao Serviço Social tradicional, resultando em duas vertentes: a conservadora e a mudancista.

[...] o objeto de intervenção profissional se configura pelas disfunções individuais e sociais; os objetivos se voltam para a integração social, não se verificando divergência entre os objetivos institucionais e os profissionais; no terreno do conhecimento, a Doutrina Social da Igreja cede lugar a correntes psicológicas, principalmente a psicanálise e, a correntes sociológicas, destacando-se o positivismo e o funcionalismo: os métodos tradicionais de Serviço Social de Casos e Serviço Social de Grupo sistematizam-se. A prática profissional começa a deslocar seu eixo de preocupação do indivíduo para a comunidade, dando margem à adoção de novas técnicas como reunião e nucleação de grupos. Os valores norteadores da profissão são ainda de caráter humanista e a formação profissional passa a se pautar pela busca do avanço técnico na perspectiva do ajustamento do indivíduo numa sociedade harmônica (SILVA, 2002, p. 28).

Em outras palavras, a perspectiva conservadora busca o avanço técnico de modo a ajustar o indivíduo à sociedade e a mudancista, com uma análise crítica da sociedade, visualiza a necessidade de mudanças radicais perante as contradições vigentes, representado por “[...] um reduzido setor da categoria profissional é influenciado pelo novo posicionamento dos cristãos de esquerda, que colocam a conscientização e a politização em função das mudanças estruturais” (SILVA, 2002, p. 28).

No período 1961–1964, o padrão de acumulação entra em contradição e sintetiza uma crise, que segundo Paulo Netto (2015), diante dela a alternativa usada pela burguesia adentra o campo antidemocrático ao fazer um pacto com o capital monopolista internacional. Para Paulo Netto (2015):

[...] *uma crise da forma da dominação burguesa no Brasil*, gestada fundamentalmente pela contradição entre as demandas derivadas da dinâmica do desenvolvimento embasado na industrialização pesada e a modalidade de intervenção, articulação e representação das classes e camadas sociais no sistema de poder político. O padrão de acumulação suposto pelas primeiras entrava progressivamente em contradição com as requisições democráticas, nacionais e populares que a segunda permitia emergir (PAULO NETTO, 2015, p. 42, grifo do autor).

Assim, de acordo com Paulo Netto (2015), em 1º de abril de 1964 um novo cenário marca profundamente a história do país. Trata-se de um processo global com a instauração, via golpe de Estado, de uma ditadura militar marcando uma conjuntura autoritária que reforçou a autocracia burguesa no Brasil, isto é, a configuração de um bloco histórico em que interesses e privilégios da burguesia se sobrepõem aos interesses da classe trabalhadora. O golpe militar ocorreu no Brasil numa conjuntura que ultrapassando as barreiras brasileiras, teve uma inserção internacional e foi financiado pela hegemonia norte-americana, caracterizada pelo autor de contrarrevolução preventiva. Dito isso, a sua finalidade era tríplice e vinculava-se intimamente aos seus objetivos que nas palavras de Paulo Netto (2015), consistem em:

[...] adequar os padrões de desenvolvimento nacionais e de grupos de países ao novo quadro do inter-relacionamento econômico capitalista, marcado por um ritmo e uma profundidade maiores da internacionalização do capital; golpear e imobilizar os protagonistas sociopolíticos habilitados a resistir a esta reinserção mais subalterna no sistema capitalista; e, enfim, dinamizar em todos os quadrantes as tendências que podiam ser catalisadoras contra a revolução e o socialismo (PAULO NETTO, 2015, p. 31).

Diante das análises do autor, é verificável que o golpe de abril foi vitorioso, derrotando assim as forças democráticas, nacionais e populares, evidenciando, portanto, a dominação burguesa no país. Por conseguinte, obteve como resultados:

[...] a afirmação de um padrão de desenvolvimento econômico associado subalternamente aos interesses imperialistas, com uma nova integração, mais dependente, ao sistema capitalista; a articulação de estruturas políticas garantidoras da exclusão de protagonistas comprometidos com projetos nacional-populares e democráticos; e um discurso oficial (bem como uma prática policial-militar) zoológicamente anticomunista (PAULO NETTO, 2015, p. 31).

No que diz respeito a intervenção do Estado, a finalidade maior consistia em manter um padrão de desenvolvimento dependente e associado ao capitalismo monopolista; e para tal, pautou-se numa intervenção tratando a questão social pelo binômio da repressão-assistência.

Foi nesse cenário de ditadura militar, que o Serviço Social vivenciou um processo de renovação profissional, apesar de manter até o final da década de 1970, a “validação e reforço” das práticas profissionais tradicionais.

[...] “a prática empirista, reiterativa, paliativa e burocratizada” dos profissionais, parametrada “por uma ética liberal-burguesa” e cuja teleologia “consiste na correção — desde um ponto de vista claramente funcionalista — de resultados psicossociais

considerados negativos ou indesejáveis, sobre o substrato de uma concepção (aberta ou velada) idealista e/ou mecanicista da dinâmica social, sempre pressuposta a ordenação capitalista da vida como um dado factual ineliminável” (PAULO NETTO, 1981b, p. 44 *apud* PAULO NETTO, 2015, p. 156).

Essa renovação do Serviço Social é uma renovação de suas bases teóricas tendo em vista que sua prática se baseava no neotomismo, ligada à Igreja e constitui-se na superação de algo sob novas bases. A renovação é uma ruptura com o Serviço Social tradicional em sua busca por legitimação e validação teórica, é um avanço profissional que impacta tanto a prática quanto à formação profissional, alicerçada em três vertentes: a perspectiva modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura⁵ (PAULO NETTO, 2015). A renovação do Serviço Social é um processo que envolve toda a categoria profissional, entendido por Paulo Netto (2015), como:

[...] o conjunto de características novas que, no marco das constrictões da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições e da assunção do contributo de tendências do pensamento social contemporâneo, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização, e de valorização teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais (PAULO NETTO, 2015, p. 172).

A perspectiva modernizadora, primeira direção do Serviço Social, é a modernização com vistas a atender as necessidades do capitalismo que emergiram no contexto posterior de ditadura militar, rompendo com os preceitos do neotomismo e, ao mesmo tempo, significando o avanço técnico da profissão. Uma modernização por parte do Estado que requisita uma nova atuação profissional.

Em conformidade com Paulo Netto (2015, p. 201), essa direção mantém a relação de continuidade que a categoria profissional adquiriu entre as décadas de 1950 e 1960, mas não se pretendia romper com os traços tradicionais, e é caracterizada pela “[...] nova fundamentação de que se socorre para legitimar o papel e os procedimentos profissionais”. Essa perspectiva moderniza as técnicas para manter a ordem, pois há somente a modernização das bases técnicas, uma relação de continuidade que passa a ser questionada em meados da década de 1970.

O que se verifica com golpe militar de 1964 é que o país estava vivenciando um período de fortes transformações políticas, econômicas e sociais sob uma hegemonia burguesa, de modo que assistentes sociais atuavam na execução de políticas sociais em expansão e nos programas

⁵ Sobre as três vertentes da renovação do Serviço Social, ver PAULO NETTO, José. Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.

de Desenvolvimento de Comunidade, de maneira a eliminar os obstáculos para o crescimento econômico e integração da população aos programas desenvolvimentistas. Nesse período a política social funciona como instrumento a favor do sistema, atenuando as contradições da relação capital e trabalho (SILVA, 2002).

Nesse período, a saúde encontrava-se orientada para a obtenção de lucros, resultando na privatização dos serviços tendo em vista que o governo tinha propostas para intensificar a mercantilização da saúde. Os programas de saúde de enfoque curativo passaram então a se desenvolver com o setor privado sendo privilegiado com o aumento da medicina previdenciária, portanto, um declínio maior da saúde pública (BRAVO, 2011).

As medidas adotadas pelo governo afetaram a saúde e a medicina previdenciária com a implantação das reformas institucionais. Segundo Lima *et al.*, (2005), em 1966 se tem a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que unificou os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), levando a concentração das contribuições previdenciárias a um único órgão, responsável também por gerir aposentadorias, pensões e assistência médica dos trabalhadores formais, excluindo desse sistema de benefícios os trabalhadores rurais, alguns urbanos e informais. Segundo Bravo (2011):

A criação do INPS, em 1966, ao unificar os antigos IAPs, constituiu-se na modernização da máquina estatal, aumentando o seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no período “populista”; trata-se, portanto, de uma reorientação das relações entre Estado e classes trabalhadoras (BRAVO, 2011, p. 59).

Embora na conjuntura da ditadura o crescimento da medicina previdenciária seja notável, promovendo a ampliação da cobertura. Em contrapartida, no mesmo período ocorre o declínio da saúde pública, de enfoque preventivo. Diante disso o governo intensificou o modelo de privilegiamento do produtor privado e tinha por características:

- Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 1973, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;
- Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar;
- Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos;
- Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;

- Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica. (OLIVEIRA; TEXEIRA FLEURY, 1986, p. 207 *apud* BRAVO, 2009, p. 94).

Esta expansão consolida nacionalmente o mercado de trabalho de assistentes sociais, exigindo do/a profissional uma orientação na perspectiva modernizadora. Em 1967, o Serviço Social foi regulamentado⁶ para atuar nos órgãos de assistência médica da previdência, cabendo-lhe as ações:

[...] individual, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo-preventivo; comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho. Foi ressaltada a contribuição do assistente social nas equipes interprofissionais com a finalidade de fornecer dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente e participar em pesquisas médico-sociais (BRAVO, 2011, p. 125).

De acordo com a autora, em 1972 foi aprovado o Plano Básico de Ação do Serviço Social na Previdência — que viria a ser questionado a partir de 1976 — com o objetivo de definir a política de ação do/a assistente social, enfatizando como ações da assistência à saúde:

[...] recuperação de segurados incapacitados, focalizando os fatores psicossociais e econômicos que interferem no tratamento médico e na manutenção de benefícios; atuação integrada na clínica pediátrica, centrada nos fatores psicológicos, sociais e econômicos responsáveis pelo alto índice de morbidade e mortalidade infantil; no sistema de proteção e recuperação da saúde, incidindo sobre os fatores psicossociais e econômicos que interferem no tratamento médico (BRAVO, 2011, p. 127).

Os anos de 1974–1979, marcam o período de distensão política, sob o governo do general Ernesto Geisel, período de crises e reformas. No entanto, esse período não rompe com a lógica implantada, continuando a privilegiar os interesses empresariais. Ainda assim, a mudança nessa conjuntura se deu na ampliação da arena política com a participação de grande parcela da sociedade (BRAVO, 2011).

⁶ “Essa regulamentação constou da Orientação de Serviço Social, n. SBF 401.2, de 14/12/1967, e publicada no *Boletim de Serviço Social do INPS*, n. 218, de 19/12/1967, e tinha por objetivo regulamentar a prestação do Serviço Social nos órgãos de assistência médica para prevenção e tratamento de problemas de ordem psicossocial dos beneficiários. Nas unidades médico-assistenciais, os profissionais ficaram subordinados tecnicamente ao grupo de Serviço Social da Subsecretaria de Bem-Estar e administrativamente à direção do órgão médico” (BRAVO, 2011, p. 173, grifo do autor).

Nesse cenário a crise do “milagre econômico” que em 1973 dava sinais de instabilidade, é aprofundada e a primeira direção da renovação profissional, a perspectiva modernizadora, é questionada surgindo a segunda direção que seria compatível com as novas mudanças vivenciadas, mas simultaneamente, recupera a herança conservadora da profissão. Nas palavras de Paulo Netto:

Trata-se de uma vertente que recupera os componentes mais estratificados da herança histórica e conservadora da profissão, nos domínios de (auto) representação e da prática, e os repõe sobre uma base teórico-metodológica que se reclama nova, repudiando, simultaneamente, os padrões mais nitidamente vinculados à tradição positivista e às referências conectadas ao pensamento crítico-dialético, de raiz marxiana. Essencial e estruturalmente, esta perspectiva faz-se legatária das características que confeririam à profissão o traço microscópico da sua intervenção e a subordinaram a uma visão de mundo derivada do pensamento católico tradicional; mas o faz com um verniz de modernidade ausente no anterior do tradicionalismo profissional, à base das mais explícitas reservas aos limites dos referenciais de extração positivista (PAULO NETTO, 2015, p. 204).

A reatualização do conservadorismo, é uma nova roupagem do conservadorismo profissional. Essa vertente não rompe com as características tradicionais da profissão, todavia, mantém uma dualidade entre ruptura e continuidade com o passado da profissão.

No processo de renovação do Serviço Social, a terceira direção apontada por Paulo Netto (2015), é a designada “intenção de ruptura” com a herança conservadora da profissão. Essa vertente se contrapõe a primeira direção da renovação, a perspectiva modernizadora, buscando romper com o Serviço Social tradicional, característica que a difere das outras duas direções — perspectiva modernizadora e reatualização do conservadorismo.

De acordo com Paulo Netto (2015):

Ao contrário das anteriores, esta possui como substrato nuclear uma crítica sistemática ao desempenho “tradicional” e aos seus suportes teóricos, metodológicos e ideológicos. Com efeito, ela manifesta a pretensão de romper quer com a herança teórico-metodológica do pensamento conservador (a tradição positivista), quer com os seus paradigmas de intervenção social (o reformismo conservador) (PAULO NETTO, 2015, p. 206).

A intenção de ruptura faz uma crítica as bases teóricas, metodológicas e ideológicas, buscando romper com o pensamento conservador em oposição ao tradicionalismo do Serviço Social, é uma perspectiva que se contrapõe às duas primeiras devido seu caráter opositor perante a autocracia burguesa, emergindo na primeira metade da década de 1970 e se consolidando na década de 1980 (PAULO NETTO, 2015).

Nesse período, ocorreu o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), “[...] plano quinquenal voltado ao desenvolvimento econômico e social, o qual continuava ideologicamente orientado pela visão do ‘Brasil Grande Potência’” (LIMA *et al.*, 2005, p. 66).

A prioridade do II PND era o campo social e o governo adotou algumas medidas, como:

[...] criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1974, tinha por intencionalidade demonstrar o interesse do governo pela Previdência Social. O MPAS não apresentou, contudo, um plano global consistente, constituindo-se numa junção de órgãos, incluindo duas fundações de caráter nacional: Legião Brasileira de Assistência (LBA) e Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem), antes vinculadas à presidência da República. Nesse mesmo ano, foi criado o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), com a finalidade de assessorar o presidente da República na formulação da política social e garantir a coordenação dos ministérios envolvidos com a implementação dessa política; mas não se conseguiu desenvolver essa ação coordenadora. Permaneceram na saúde os dois Ministérios da Saúde e da Previdência Social. Não houve, entretanto, medidas efetivas para a articulação de ambos, continuando a **dicotomia entre a assistência médica e a saúde coletiva** (BRAVO, 2011, p. 71, grifo nosso).

Segundo Bravo (2011), o governo empenhava-se para ampliar os serviços de saúde, no entanto, mesmo utilizando de medidas e reformas em sua política, ainda era existente o embate entre a assistência médica previdenciária e a saúde coletiva. Ainda assim, nessa gama de medidas criadas pelo governo, surge no final de 1974 o Fundo de Apoio Social ao Desenvolvimento (FAS), servindo de suporte financeiro aos programas e projetos sociais, subordinado ao Conselho de Desenvolvimento Social. Outras medidas criadas para a saúde foi a implantação do Plano de Pronta Ação, em 1974, e a Lei do Sistema Nacional de Saúde, em 1975. O Plano de Pronta Ação “[...] objetivou disciplinar e organizar as diversas modalidades de prática médica vinculadas à previdência social, universalizando o atendimento de emergência [...] e o Sistema Nacional de Saúde que foi fixado em 1975 visou disciplinar a organização dos órgãos atuantes no setor saúde” (BRAVO, 2011, p. 73).

O período é marcado ainda pela aprovação do Estatuto da Fundação Serviços de Saúde Pública (Fsesp), vigorando até 1991, bem como a realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde. Prosseguindo com o processo de institucionalização, em 1978, criou-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), composto pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) (BRAVO, 2011).

Isso posto, durante o período de distensão política, as inúmeras reformas no âmbito da saúde não foram suficientes para evitar o descontentamento por parte de setores profissionais e tampouco suas ações deixaram de ter um caráter burocratizante e de continuidade da dicotomia

entre saúde pública e assistência médica, com privilegiamento de uma perspectiva curativa e privatista.

Nesse contexto de questionamento do regime autoritário, o Serviço Social iniciou um processo de ruptura teórica e política que se atrela a recusa e crítica ao conservadorismo profissional, que acompanha o desenvolvimento da profissão, começando a ter uma aproximação com a perspectiva marxista. O Serviço Social adentra nos espaços acadêmicos, surgindo os cursos de pós-graduação na área, que possibilitaram produções de conhecimento e uma aproximação com o marxismo, de modo a possibilitar a consolidação do processo que vai romper com o conservadorismo profissional.

Constatou-se que a expansão das políticas sociais nos períodos ditatoriais ocorreu atrelada ao momento em que os direitos políticos e civis estão restritos, o que denota uma condição de ausência de direitos sociais universais, e que tardiamente irá adquirir uma nova configuração no final nos anos 1980 com a promulgação de uma nova Constituição Federal. A década de 1970 dá início a Reforma Sanitária que somente na década de 1980 tem firmado seu projeto, tendo por base uma saúde universal de qualidade.

2.2 PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL E O PROJETO DA REFORMA SANITÁRIA NOS ANOS 1980 E 1990: A RUPTURA DO CONSERVADORISMO PROFISSIONAL E O COMPROMISSO COM O ACESSO UNIVERSAL À SAÚDE

A década de 1980 foi marcada pela redemocratização do país. Isso significa afirmar ter sido um período de mobilizações resultantes das bases possibilitadoras da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e culminou na construção de um Projeto Ético-Político do Serviço Social cuja direção rompe com o conservadorismo.

A ditadura militar tem seu último governo com o general João Figueiredo, assumindo o poder entre os anos de 1979–1984. De acordo com Paulo Netto (2015), a década de 1980 marca a crise da autocracia burguesa e o fim desse ciclo autocrático se explica devido à própria incapacidade de se produzir. Desse modo, a perspectiva profissional de “intenção de ruptura” só conseguiu inserção nos circuitos acadêmicos devido à crise evidenciada e a reimplantação do proletário na cena política brasileira (PAULO NETTO, 2015).

O fim do ciclo autocrático burguês ocorreu em 1985 com a eleição de Tancredo Neves. Entretanto, este vem a falecer antes mesmo de tomar posse como presidente assumindo a Presidência da República o vice-presidente, José Sarney, marcando o início do período democrático do país, conhecido como “Nova República”. Desse modo, esse período favoreceu

o fortalecimento do movimento sanitário e possibilitou ao Serviço Social dar continuidade com o processo de renovação, de modo que a perspectiva renovadora de intenção de ruptura que havia sido consolidada academicamente na abertura política se estendeu para a categoria profissional (BRAVO, 2011).

Tomando por base Paulo Netto (2015):

A autocracia burguesa [...] no seu legado, deixou componentes macroscópicos e específicos que conspiram vigorosamente contra a possibilidade de resgatar criticamente o patrimônio arduamente acumulado em mais de meio século de lutas sociais e confrontos ideológicos. Entretanto, a mesma autocracia gestou necessidades objetivas — econômicas, sociopolíticas e culturais — que situam como concreta a alternativa de recuperar os ganhos do passado e construir, sobre o patamar da contemporaneidade, a tradição marxista brasileira que ela quis conjurar (PAULO NETTO, 2015, p. 148-149).

Nesse contexto o Serviço Social adquire sua maturidade intelectual, um período de avanço crítico no meio acadêmico que só foi possível a partir da intenção de ruptura “[...] numa interlocução paritária com as ciências sociais e com outras áreas da produção do saber, sem abrir mão da referencialidade do Serviço Social” (PAULO NETTO, 2015, p. 338).

A política de saúde nesse contexto enfrenta uma intensa crise, devido às reformas que foram implantadas no governo Geisel (1974–1979), mas a saúde adquire como características:

- o surgimento de propostas de políticas alternativas, emergentes no nível da sociedade civil, que apontavam na direção da reversão do modelo de privilegiamento do setor privado, com a canalização dos recursos para o setor público;
- a consolidação do movimento de organização dos profissionais de saúde, em especial dos médicos assalariados, denominado de Renovação Médica (Reme), que realizou greves e assumiu os sindicatos e demais entidades da categoria;
- a ampla divulgação da política previdenciária de assistência médica, socializando o debate que, como decorrência, propiciou o posicionamento explícito dos grupos de interesse envolvidos e o seu reconhecimento como a questão nacional;
- o bloqueio, pelo Estado, das propostas mais radicais que viessem a penalizar os setores capitalistas mais diretamente relacionados. A política previdenciária de assistência médica teve ciclos que alteraram planos e programas num processo político de tensão permanente em que as bases da legitimidade não estavam consolidadas. Os setores capitalistas têm sua hegemonia ameaçada na definição da política de saúde (OLIVEIRA; TEIXEIRA 1986, p. 269-270 *apud* BRAVO, 2011).

No ano de 1981, em meio as discussões em torno dos gastos com a saúde e a crise em evidência na Previdência Social, o governo lança o pacote previdenciário. Este previa conter os

gastos com a assistência médica, bem como criou o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp). Este, de acordo com Lima *et al.*, (2005, p. 73):

[...] deveria operar como organizador e racionalizador da assistência médica. Deveria sugerir critérios para alocação dos recursos previdenciários do setor saúde, recomendar políticas de financiamento e de assistência à saúde, bem como analisar e avaliar a operação e o controle da Secretaria de Assistência Médica da Previdência Social — em resumo, diminuir e racionalizar os gastos (LIMA *et al.*, 2005, p. 73).

Assim, nessa conjuntura surgiu um movimento em prol da saúde da população ficando conhecido como movimento sanitário. Esse movimento baseia-se na luta pela democratização da saúde e gerou impactos e mobilização, permitindo a articulação com movimentos e sindicatos. Coube a esta ampla mobilização elaborar propostas que tornassem a saúde acessível à população, em especial, ao conjunto de trabalhadores, criando-se em 1976 o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) e, em 1979, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), que conjuntamente tiveram grande importância no movimento sanitário e nas lutas nas décadas seguintes.

Nesse contexto, em que surge a proposta de reformulação da política de saúde como uma efetiva Reforma Sanitária, emergiu o movimento sanitário. Constituído principalmente por médicos e intelectuais de formação comunista, socialista e liberal, e originado nos DMP das faculdades de medicina, o movimento sanitário influenciou o mundo acadêmico e atuou como liderança do processo de reformulação do setor saúde. Exercia uma forte crítica à antiga abordagem estritamente biológica da medicina e discutia a prática da medicina numa perspectiva histórico-estrutural, pela qual se buscava apreender as relações entre saúde e sociedade. Ao mesmo tempo, avançou na implementação de políticas de saúde alternativas às implantadas pelo regime militar. Tais políticas emanavam de programas de extensão universitária, de secretarias municipais de Saúde e mesmo do próprio Ministério da Previdência Social, onde alguns especialistas ligados ao movimento sanitário assumiram cargos técnico-administrativos (LIMA *et al.*, 2005, p. 68).

No ano de 1985 realizou-se o V Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), em São Paulo e, em 1986 aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde⁷, considerada um expressivo marco na história da saúde no Brasil. Em conformidade com Lima *et al.*, (2005, p. 99), “[...] a 8ª CNS foi a grande matriz da Reforma Sanitária, sendo um de seus resultados práticos a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e a inclusão dos princípios fundamentais da Reforma Sanitária proposta pela conferência na nova Constituição brasileira”. Sobre a 8ª CNS vale ressaltar:

⁷ Essa conferência foi aberta à sociedade e fundamental para a Reforma Sanitária e para a construção do Sistema Único de Saúde – SUS.

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. Nessa conferência [...] evidenciou-se que as modificações no setor saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional. Questão fundamental para os participantes da conferência foi a da natureza do novo sistema de saúde: se estatal ou não, de implantação imediata ou progressiva. Recusada a ideia da estatização, manteve-se a proposta do fortalecimento e da expansão do setor público (SCOREL *et al.*, 2005, p. 78).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde reuniu nos debates as críticas ao sistema de saúde dicotômico e excludente, introduzindo em setores organizados na sociedade propostas para uma reforma na saúde, permitindo assim uma ampla análise sobre o tema. Isso contribuiu para que o governo assumisse parcialmente as bandeiras levantadas pelo movimento da Reforma Sanitária, de fato, uma grande conquista.

As Ações Integradas de Saúde (AIS), encontravam-se consolidadas e fizeram surgir a necessidade da constituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), sendo aprovado pelo Presidente José Sarney em 1987: “[...] um passo decisivo para o processo de descentralização e redefinição de papéis e atribuições entre os níveis federal, estadual e municipal” (BRAVO, 2011, p. 112).

Diante do contexto político e social, elaborou-se em 1988 a Constituição Federal (CF), um marco da história brasileira, após um período de dois anos (1986–1988) na Assembleia Constituinte que contou com a intensa participação, através das emendas populares. Somente com a promulgação desta, garante-se os direitos à Saúde, Previdência e Assistência Social, que compõem o tripé da Seguridade Social. A Constituição de 1988 foi a base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e estabelece em seu artigo 196: “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2016, p. 118-119).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e por meio dele todos os cidadãos teriam acesso à saúde gratuitamente. Outra Lei é a de nº 8.142⁸ que compõe a Lei Orgânica de Saúde (LOAS) e determina a participação popular no SUS com as instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (BRASIL, 1990).

De acordo com a Lei 8.080/90, artigo 5º, os objetivos do Sistema Único de Saúde são:

⁸ Essa Lei dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990, p. 2).

E como princípios fundamentais, o artigo 7º estabelece:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
- XIV - organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 (BRASIL, 1990, p. 4).

Embora a Constituição de 1988 estabeleça a saúde como dever do Estado, o artigo 199 a mantém livre para que a iniciativa privada possa dar assistência. Assim, o artigo 199 sinaliza:

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem

como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização (BRASIL, 2016, p. 120).

Isso posto, verifica-se a dualidade entre os sistemas de saúde público e privado, que consequentemente impactam tanto no financiamento do SUS, quanto nas relações de trabalho, estruturação e consolidação de uma saúde pública estatal. O Sistema Único de Saúde (SUS) assume um caráter contraditório, ao tempo que universaliza o direito à saúde pública, possibilita também a expansão do setor privado “[...] com um expressivo mercado de serviços e empresas de planos de saúde privados [...]” (BAHIA, 2005, p. 407).

Foi no cenário da década de 1980 diante da busca para romper com o conservadorismo, que o Serviço Social alcança um amadurecimento da categoria, decorrente de sua inserção junto às lutas dos trabalhadores, organização sindical e o amadurecimento intelectual, com a superação dos equívocos existentes inicialmente na aproximação com o marxismo.

Diante disso, os/as assistentes sociais imprimem um novo direcionamento, uma análise ética sobre sua atuação profissional e a função política do Serviço Social, de modo a manter o compromisso com a classe trabalhadora. Decorrente a isso, encaminha-se o processo de ruptura com o tradicionalismo presente na profissão, que influenciou o Código de Ética de 1986 (BARROCO, 2008).

Com o Código de 1986, fala-se em uma necessidade de articular a ação profissional com a luta dos trabalhadores e “[...] aponta-se para a necessidade de uma nova ética profissional que reflita uma vontade coletiva, superando a visão acrítica, onde os valores são tidos como universais e acima dos interesses de classe” (BARROCO, 2008, p. 176). Cabe reiterar, essa nova ética foi resultado de um olhar sobre a sociedade decorrente da inclusão da categoria na luta dos trabalhadores e da atuação dos/as assistentes sociais em favor da classe trabalhadora.

Nessa conjuntura de intensa ascensão e mobilização dos movimentos sociais e de aprovação da Constituição de 1988, o Serviço Social afirma-se como uma especialização do trabalho estando inserido na divisão social e técnica do trabalho, bem como, coloca para a profissão o questionamento sobre sua prática e, a exigência de novas respostas profissionais. Nesse período, dá-se início as reflexões sobre a natureza da profissão, ou seja, uma prática inserida nas relações sociais. Em síntese, na reprodução capitalista (IAMAMOTO, 2009).

O exercício profissional é necessariamente polarizado pela trama de suas relações e interesses sociais. Participa tanto dos mecanismos de exploração e dominação, quanto, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência das classes trabalhadoras e da reprodução do antagonismo dos interesses sociais. Isso significa que o exercício profissional participa de um processo

que tanto permite a continuidade da sociedade de classes quanto cria as possibilidades de sua transformação (IAMAMOTO, 2009, p. 12).

Desse modo, a profissão reconhece sua natureza contraditória, não sendo possível ser vista de outra forma, uma natureza imutável tendo em vista as condições de sua gênese que até aos dias atuais está presente. Diante dessa natureza, cabe afirmar, a reprodução das relações sociais instiga o processo de desigualdades e manutenção das mesmas. É nesse processo que está situado o trabalho do/a assistente social, embora o/a profissional não possa eliminar essa contradição, busca na sua perspectiva prática atender aos interesses da classe trabalhadora agindo em defesa dos direitos sociais. Para isso, faz-se necessário a construção de um projeto que oriente sua prática profissional em defesa dos direitos sociais.

Em 1993 é elaborado um novo Código de Ética de modo a superar as fragilidades do Código de 1986. Os debates que culminaram na aprovação do Código de 1993 marcam a trajetória da reflexão ética na profissão. Esse Código é feito sob a proposta de revisão do anterior numa perspectiva superada, de modo a manter as conquistas alcançadas e orientando o exercício profissional do/a assistente social a partir de uma visão crítica, sendo mais um marco e avanço para o Serviço Social.

O Código de 1993 afirma a centralidade do trabalho na constituição do homem: sujeito das ações éticas e da criação dos valores. Revelada em sua densidade histórica, a sua concepção ética está articulada a valores ético-políticos, como a liberdade, a justiça social e a democracia, e ao conjunto de direitos humanos (civis, políticos, sociais, culturais e econômicos) defendidos pelas classes trabalhadoras, pelos segmentos sociais excluídos e pelos movimentos emancipatórios ao longo da história (BARROCO, 2009, p. 18).

Foram as discussões e o acúmulo de novos conhecimentos em torno da elaboração desses códigos — 1986 e 1993 — que proporcionaram a profissão avançar nos quesitos teórico-metodológico e ético-político de forma a consolidar o objetivo a que vinha se propondo: a consolidação do Projeto Ético-Político do Serviço Social. Um projeto profissional que nas duas décadas anteriores já viabilizava e oferecia uma direção ética voltada para as ações de assistentes sociais e para a formação de uma consciência crítica. Em suma, um projeto profissional que está vinculado a um projeto societário.

De acordo com Paulo Netto (2009, p. 142), os projetos societários “[...] trata-se daqueles projetos que apresentam uma imagem de sociedade a ser construída, que reclamam determinados valores para justificá-la e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-la”. Os projetos societários são, portanto, projetos coletivos que “em sociedades

como a nossa [...] são, necessária e simultaneamente, projetos de classe, ainda que refratem mais ou menos fortemente determinações de outra natureza (culturais, de gênero, étnicas etc.) (ibidem, p. 143). No conjunto dos projetos coletivos, há também os projetos que estão relacionados com a profissão, os projetos profissionais.

Segundo Paulo Netto (2009):

Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas [...] (PAULO NETTO, 2009, p. 144).

Sobre o Projeto Ético-Político do Serviço Social, que se encontra em contínuo desdobramento, foi iniciado na década de 1970 e se consolidou na década de 1990:

Em suma, trata-se de um **projeto** que também é um **processo**, em contínuo desdobramento. Um exemplo do seu caráter aberto, com a manutenção dos seus eixos fundamentais, pode ser encontrado nas discussões acerca da formação profissional, produzidas com as modificações advindas da vigência da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional/LDBEN (Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996): as orientações propostas por representantes do corpo profissional (cf. ABESS, 1997, 1998) ratificam a direção da formação nos termos do projeto ético-político [...]. Esquemáticamente, este projeto tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, **este projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero**. A partir destas opções que o fundamentam, tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional (PAULO NETTO, 2009, p. 155 grifo do autor).

Conforme Teixeira e Braz (2009), dos elementos que constituem esse projeto:

- a) o primeiro se relaciona com a explicitação de princípios e valores ético-políticos;
- b) o segundo se refere à matriz teórico-metodológica em que se ancora;
- c) o terceiro emana da crítica radical à ordem social vigente — a da sociedade do capital — que produz e reproduz a miséria ao mesmo tempo em que exhibe uma produção monumental de riquezas;
- d) o quarto se manifesta nas lutas e posicionamentos políticos acumulados pela categoria através de suas formas coletivas de organização política em aliança com os setores mais progressistas da sociedade brasileira (TEIXEIRA; BRAZ, 2009, p. 7-8).

Dessa forma, é um projeto de reconhecimento e defesa dos direitos humanos. Um projeto democrático e crítico que se vincula ao de transformação da sociedade, que de forma coletiva culminou na materialização do Código de Ética Profissional do assistente social, em 1993; na Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social também de 1993; e na proposta das Diretrizes Curriculares para a Formação Profissional que ocorreu em 1996 (PIANA, 2009).

Sendo assim, todo o caminho trilhado pela profissão até o momento de criação do Código de 1993, encaminha-se para a construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social, tendo a ética como mediadora dessa construção, de modo a alcançar a concretização do objetivo de superação histórica do conservadorismo e tradicionalismo moralizador que marcaram por décadas o ensino e a prática de assistentes sociais. De modo que a prática profissional possa realmente atender a realidade e proporcionar uma formação da consciência crítica de assistentes sociais proporcionando-lhes, uma nova percepção de cunho ético e crítico sobre a realidade social na qual se dá sua intervenção.

Embora na transição da década de 1980–1990 seja evidente uma ruptura com o conservadorismo profissional, ganha força o neoliberalismo com a contrarreforma do Estado e a reestruturação do trabalho. Essas mudanças para o Serviço Social, passam a incidir e renovar as contradições. Nesse sentido, a profissão participa do processo de reprodução capitalista, tendo como impasses da atuação assegurar os direitos sociais em um contexto neoliberal.

3 DESAFIOS PARA O FORTALECIMENTO DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO E DO SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE

Tendo exposto à historicidade da política de saúde e do Serviço Social, esta seção trata do contexto atual para refletir sobre o processo de fortalecimento do Projeto Ético-Político do Serviço Social e do SUS, evidenciando impasses e desafios.

No primeiro item, abordam-se os impactos da contrarreforma do Estado e do neoliberalismo nas políticas sociais e no SUS. No segundo item, apresentam-se os parâmetros para a atuação do assistente social, elaborados coletivamente pela categoria profissional, como iniciativa do conjunto CFESS-CRESS, a partir de 2008 e concluído em 2014; e, finaliza-se a seção com os desafios e exigências atuais do exercício profissional dos/as assistentes sociais.

3.1 CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL, CONTRARREFORMA DO ESTADO E NEOLIBERALISMO: IMPACTOS SOBRE AS POLÍTICAS SOCIAIS E O SUS

O sistema capitalista, historicamente, transforma-se constantemente alicerçado no desenvolvimento de forças produtivas e tecnologias. A instauração desse modo de produção acarretou a exploração da força de trabalho e possibilitou o avanço das forças produtivas gerando o aumento da produção. Em contrapartida, como modo de produção que reproduz incessantemente contradições, sendo a principal delas produzir riqueza em um polo e pobreza em polo oposto, em sua busca desenfreada pela lucratividade resultando na precarização do trabalho, devido às más condições vivenciadas pela classe trabalhadora que desde a década de 1970 vem sendo intensificadas. Todavia, é importante esclarecer que o capitalismo em todas as suas fases — comercial, industrial e monopolista — é um modo de produção e exploração que tem o lucro como objetivo central, movendo-se para garantir a acumulação capitalista.

Isso posto, segundo Cavalcante (2009) nos anos de 1970 o sistema capitalista enfrentou uma intensa crise que provocou transformações societárias que implicaram no mundo do trabalho. Uma crise estrutural⁹ devido às características nunca antes vista, uma crise profunda, crônica e acentuada que levou a um redirecionamento e reorganização do sistema capitalista tanto no âmbito da produção como em sua influência universal tão profundamente enraizada na vida em sociedade. Essa crise abalou as estruturas do sistema capitalista exigindo mudanças em seu modo de produção tanto para se reestruturar, ou seja, recuperar seu ciclo produtivo que fora

⁹ Utiliza-se o termo ‘crise estrutural’ para se referir à crise do capital da década de 1970, termo que foi evidenciado por István Mészáros.

abalado por esta, quanto para manter sua hegemonia e dar continuidade ao seu processo de acumulação. Nas palavras de Mézaros (1998, p. 14),¹⁰ “[...] a crise estrutural do capital é a séria manifestação do encontro do sistema com seus próprios limites intrínsecos”.

A partir dessa crise e com o esgotamento do padrão taylorista-fordista que regeu a produção e gerou extraordinários lucros ao capital em sua fase dos trinta anos gloriosos ou “anos dourados”, o capital se via mergulhado em uma crise sem precedentes e deveria encontrar uma saída para esse quadro de crise. Para isto, houve uma reorganização e reestruturação da produção, cujo objetivo era a recuperação da acumulação e do movimento de reprodução do capital, e, o modelo taylorista-fordista passou a ser substituído pelo padrão toyotista de produção (ALVES, 2000).

Dessa forma, o capitalismo assume uma nova fase sendo caracterizado como contemporâneo ou flexível e o toyotismo, um modo de produção flexível e organizado comportando novos métodos que o distinguia do modelo anterior, passou a gerir a produção e ocasionou impactos para os trabalhadores transformando as relações de trabalho. Propiciou ao capital possibilidades de acumulação via uma produtividade de trabalho com o incremento de novas tecnologias.

Em conformidade com Antunes e Druck (2013), esse novo modelo de produção adotado pelo capitalismo possibilitou ao sistema o aumento da produção sem que houvesse desperdícios, já que agora, tratava-se de uma produção mais organizada, flexível e de acordo com uma demanda. No entanto, trabalhadores passam a operar com maior intensificação do ritmo de trabalho, pois tinham a possibilidade de operacionalizar diversas máquinas simultaneamente, o que reduzia a quantidade de pessoal, transformando as relações de trabalho e gerando um enorme impacto para o trabalho, ou seja, na precarização. Os trabalhos passaram a se tornar flexíveis e precários com fragilidade nas contratações e introduzindo no processo de trabalho conceitos como multifuncionalidade e polivalência, em que apenas um funcionário desempenhava várias funções dentro de um determinado setor além das subcontratações, ou seja, o temido trabalho terceirizado sem um vínculo seguro entre trabalhador e empregador, demonstrando a horizontalidade existente entre as empresas.

As transformações que vem ocorrendo no mundo do trabalho intensificam em ritmo cada vez mais acentuado a precarização e flexibilização do trabalho, incidindo no exercício

¹⁰ A referência a Mézaros corresponde ao artigo “A crise estrutural do capital”, publicado em inglês para exilados iranianos para a edição em farsi, do livro *Beyond Capital* (Além do capital, São Paulo, Boitempo), sob o título “The uncontrollability of globalizing capital” (Monthly Review, fev. 1998) e traduzido para português por Alvaro Bianchi.

profissional do/a assistente social. Nesse contexto, “[...] a relação de trabalho caracteriza-se pela intensidade e pela rotatividade do trabalho, pelo rebaixamento da remuneração e pelo descumprimento das normas legais ou acordadas em relação às condições de trabalho, que supõem o desmonte dos direitos trabalhistas e sociais [...]” (LINS, 2015, p. 102). Desse modo, como resultado da reestruturação produtiva do capital que ocasionou transformações societárias no mercado de trabalho, temos as diversas formas de precarização que recaem sobre o trabalho profissional.

A precarização do trabalho implica diretamente na vida da classe trabalhadora e deve ser entendida como um elemento que surge devido às mudanças e transformações no mundo do trabalho, surgindo no capitalismo com a crise estrutural como um processo novo e mais complexo.

A Precarização Social do Trabalho é um processo econômico, social e político hegemônico e central do novo padrão de acumulação desenvolvimentista capitalista — a acumulação flexível — na mundialização do capital e das políticas neoliberais. Ela é algo histórico e estrutural do trabalho nas diversas partes da dinâmica das fases do desenvolvimento capitalista. (JESUS, 2017, p. 53-54).

Processo este que vem acarretando impactos na vida dos/das trabalhadores/as tornando mais precário o trabalho à medida que o capitalismo avança, um sistema destruidor que mantém imutável sua essência e tem a força de trabalho como meramente uma mercadoria. A precarização é, portanto, uma mudança das condições e relações de trabalho que acompanham a então mudança do capitalismo e, embora precárias, são legitimadas pelo Estado de maneira que a obtenção por lucros é maior que a própria condição de vida e trabalho dos/das trabalhadores/as, de modo que o trabalho precário torna-se velado.

Segundo Cavalcante (2009):

[...] o termo precarização se construiu a partir da realidade concreta das transformações contemporâneas no mundo do trabalho vivenciadas pelos trabalhadores, através das más condições de trabalho a que estavam submetidos, refletidas na ausência e/ou redução dos direitos trabalhistas, no desemprego que assola grande parte da população, na fragilidade dos vínculos de trabalho, enfim, de diferentes formas que negligenciam acentuadamente a qualidade de vida do trabalhador (CAVALCANTE, 2009, p. 19).

Desse modo, a precarização resulta da expansão do sistema capitalista especificamente a partir de 1970, período em que o mundo do trabalho enfrentou oscilações e o mercado passa a revelar os rebatimentos da crise estrutural. Nesse sentido a precarização se intensifica

apresentando transformação das condições e relações de trabalho resultando em novas formas precárias de trabalho submetendo a classe trabalhadora às consequências das mudanças introduzidas no campo da divisão internacional do trabalho e aos impactos deletérios nas suas condições de trabalho e de existência como classe social e como indivíduo (CAVALCANTE, 2009).

Torna-se evidente que a precarização do trabalho coloca a classe trabalhadora em condições vulneráveis diante de riscos relacionados a sua saúde e vida. Essa classe, torna-se alienada e não consegue desvendar as determinações da realidade, que visa não apenas suprir suas necessidades básicas, mas, satisfazer os ditames do capital. Com a precarização do trabalho diversas formas de flexibilização de vínculos se propagaram, intensificando o desmonte de direitos e garantias sociais com a intensificação da exploração da força de trabalho.

Essas transformações são desencadeadas a partir da década de 1990, quando passa a ser implantado no Brasil ações do projeto neoliberal marcando a contrarreforma do Estado. Com isso, vai se ter mudanças no País principalmente nas relações de trabalho, que passam a ameaçar os direitos sociais recém proclamados na Constituição Federal de 1988.

Esse processo, de implantação e evolução do projeto neoliberal, passou por, pelo menos, três momentos distintos, desde o início da década de 1990, quais sejam: uma fase inicial, bastante turbulenta, de ruptura com o MSI¹¹ e implantação das primeiras ações concretas de natureza neoliberal (Governo Collor); uma fase de ampliação e consolidação da nova ordem econômico-social neoliberal (primeiro Governo Fernando Henrique Cardoso – FHC); e, por último, uma fase de aperfeiçoamento e ajuste do novo modelo, na qual amplia-se e consolida-se a hegemonia do capital financeiro no interior do bloco dominante (segundo Governo FHC e Governo Lula) (FILGUEIRAS, 2006, p. 186).

A implantação do projeto neoliberal corroborou para o desmonte e a dificuldade de materialização dos direitos sociais já assegurados. De acordo com Filgueiras (2006, p. 202), “[...] a lógica neoliberal é a de reduzir os recursos para as políticas sociais universais, transferindo-os para o pagamento dos juros da dívida pública”.

Segundo Paulo Netto e Braz (2006, p. 227):

Essa ideologia legitima precisamente o projeto do capital monopolista de romper com as restrições sociopolíticas que limitam a sua liberdade de movimento. Seu primeiro alvo foi constituído pela intervenção do Estado na economia: o Estado foi demonizado pelos neoliberais e apresentado como um trambolho anacrônico que deveria ser reformado — e, pela primeira vez na história do capitalismo, a palavra *reforma* perdeu o seu sentido tradicional de conjunto de mudanças para ampliar direitos; “*a partir dos anos oitenta do século XX, sob o rótulo de reforma(s) o que vem sendo conduzido*

¹¹ Modelo de Substituição de Importações.

pelo grande capital é um gigantesco processo de contra-reforma(s), destinado à supressão ou redução de direitos e garantias sociais” (PAULO NETTO; BRAZ, 2006, p. 227, grifos dos autores).

Com as transformações no mundo do trabalho, a década de 1990 apresenta um ataque a Constituição Federal de 1988, tendo em vista seu processo de desregulamentação, com reformas e desmonte das políticas sociais focalizando a assistência social e privatizando a política de saúde e previdência social. Segundo Maciel (2017), a contrarreforma do Estado, define-se como:

[...] um conjunto de medidas neoliberais e destruição das conquistas democráticas. Nessa perspectiva, floresce a crença de que a Reforma do Estado deve-se dar-se no âmbito quantitativo, fiscal, financeiro e gerenciador, em detrimento do político, participativo e democrático, ou seja, o Estado estaria submetido aos ditames de uma nova era histórica e universal, a globalização, que por meio da desregulamentação, reduziria consideravelmente o papel político e participativo do próprio Estado e da sociedade (MACIEL, 2017, p. 5).

A transformação das relações de trabalho em tempos neoliberais acarretou elevadas taxas de desemprego. Associado ao desemprego, tem-se as instáveis, precárias e efêmeras formas de trabalho com subcontrato, extensas jornadas de trabalho, diminuição de renda, a flexibilização dos direitos trabalhistas¹² e ampliação da informalidade como uma forma de sobrevivência, tudo isso intensifica o processo de precarização das condições de trabalho (FILGUEIRAS, 2006). Segundo o autor:

[...] não pode haver a menor dúvida de que a desregulamentação do mercado de trabalho, a flexibilização do trabalho –em suas diversas dimensões– e o enfraquecimento do poder político e de negociação das representações das classes trabalhadoras se constituem, desde o início, em um dos pilares fundamentais do projeto político neoliberal, redefinindo radicalmente, a favor do capital, a correlação de forças políticas (FILGUEIRAS, 2006, p. 189).

Concorda-se com Lins (2015), acerca de que com o neoliberalismo o Estado implementa reformas que são necessárias ao capital diante de seu novo padrão de acumulação, sendo contrarreformas para atender os interesses do capital, ficando evidente a função social do Estado. A defesa do neoliberalismo está ancorada no mercado como principal regulador social, combatendo a garantia dos direitos sociais e com isso, evidenciando seu papel de Estado

¹² A Lei que altera a Consolidação das Leis do Trabalho é a de nº 13.467, que foi aprovada em 13 de julho de 2017 e trouxe a flexibilização das relações trabalhistas.

mínimo, conduzindo também a reestruturação produtiva “[...] que implica a desregulamentação de direitos sociais, no corte dos gastos sociais e apelo ao mérito individual” (PEREIRA; SILVA; PATRIOTA, 2006, p. 9).

[...] a atual configuração do capital determina novas modalidades de reprodução da força de trabalho, ancoradas principalmente nos processos de **privatização, focalização e descentralização das políticas sociais**. Nesta ótica, a estratégia neoliberal de reprodução da força de trabalho consiste em implementar políticas sociais que consigam integrar os indivíduos, já que, em sua visão, o trabalho assalariado não tem mais essa capacidade. É esta perspectiva que vem determinando as tendências das políticas sociais no Brasil, que **em oposição à universalização** e a integração com as outras esferas da seguridade social, passando a ser centralizadas em **programas sociais emergenciais e seletivos**, enquanto estratégias de combate à pobreza (PEREIRA; SILVA; PATRIOTA, 2006, p. 10, grifo nosso).

Com o neoliberalismo ocorre a privatização da esfera pública. O que era público, tornou-se privado e nesse contexto, ocorre o desmonte dos direitos sociais que na década de 1980 haviam sido conquistados. Nesse sentido, com a privatização muitos serviços transformam-se em mercadorias para o acúmulo de capital e o trabalho flexibilizado, torna-se cada vez mais funcional ao sistema.

Em síntese, sob o pretexto de elevadas exigências de empregabilidade encaminhadas pelos mercados liberais, permite-se que os indivíduos sejam submetidos, com a anuência do Estado, a condições insatisfatórias de trabalho que derivam da **política da flexibilização e desregulamentação de direitos sociais, previdenciários e trabalhistas**, que agridem não apenas a saúde do trabalhador, mas também a sua cidadania e dignidade, ao passo em que é promovido o **enfraquecimento de sindicatos** para que a flexibilização dos direitos seja acatada sem que tais organizações ofereçam resistência, alienando os trabalhadores da luta por melhores condições de trabalho e de vida, impelindo-os a aceitarem as parcas opções propostas pelo sistema econômico e a se submeterem a condições de desamparo previdenciário e social para poderem prover meios de subsistência (ARAÚJO; MORAIS, 2017, p. 10–11, grifo nosso).

Logo, torna-se evidente que as transformações ocorridas no mundo do trabalho impactaram e, continuam atualmente, impactando a classe trabalhadora. A precarização, face às exigências do capitalismo em sua dinâmica de acumulação flexível, reflete também na saúde da classe trabalhadora, devido à constante exploração de sua força de trabalho e às exaustivas jornadas de trabalho precário sem segurança e sem estabilidade devido à terceirização.

[...] a **terceirização é o fio condutor da precarização do trabalho no Brasil**, e se constitui num fenômeno omnipresente em todos os campos e dimensões do trabalho, pois é uma prática de gestão/organização/controle que discrimina, ao mesmo tempo em que é uma forma de contrato flexível e sem proteção trabalhista, é também

sinônimo de risco de saúde e de vida, responsável pela fragmentação das identidades coletivas dos trabalhadores, com a intensificação da alienação e da desvalorização humana do trabalhador, assim como é um instrumento de pulverização da organização sindical, que incentiva a concorrência entre os trabalhadores e seus sindicatos, e ainda a terceirização põe um “manto de invisibilidade” dos trabalhadores na sua condição social, como facilitadora do descumprimento da legislação trabalhista, como forma ideal para o empresariado não ter limites (regulados pelo Estado) no uso da força de trabalho e da sua exploração como mercadoria (ANTUNES; DRUCK, 2013, p. 224, grifo nosso).

Nessas condições de precarização do trabalho tem-se uma degradação da qualidade de vida e saúde dos/as trabalhadores/as que decorrem da constante flexibilidade das relações de trabalho; assim como, do processo tão presente no capitalismo moderno de intensificação da exploração e do ritmo de trabalho e produção, principalmente a partir dos anos que sucedem o surgimento da crise estrutural do capital vivenciada até os dias atuais. Como resultado desse processo, há o aumento do índice de adoecimento, tanto daqueles que se encontram em atividades formais, quanto dos que fazem parte do exército de reserva. Em decorrência do desemprego que aprofunda sua forma estrutural, a classe trabalhadora por não se encontrar inserida em modalidades formais de atividade laborativa para sobreviver, submete-se a qualquer trabalho, mesmo aqueles degradantes e com longas jornadas, condições desumanas e insalubres, sem qualquer vínculo formal e com uma maior fragilidade na garantia de direitos (ANTUNES; PRAUN, 2015).

Assim, constata-se, que a precariedade nas formas de contratação de trabalho vem drasticamente crescendo nos últimos anos e intensifica-se com a terceirização. Segundo Antunes e Druck (2013, p. 218), esse processo reflete na “[...] precarização estrutural do trabalho [...]” e no aumento da informalidade que engloba grande parte dos trabalhadores ativos sem nenhuma estabilidade. A terceirização é o instrumento usado pelo capital que desvaloriza o trabalhador como indivíduo, tornando-o vulnerável diante de riscos de saúde e de vida com sua exploração constante para satisfazer somente os interesses do capital.

A precarização não atinge apenas determinadas categorias ou grupos profissionais, haja vista que a precarização é inerente ao trabalho assalariado. Ou seja, toda atividade assalariada está sujeita as precarizações do trabalho. O crescimento das diversas formas de trabalho que se caracterizam como precários gradativamente se consolidaram em todas as esferas e espaços ocupacionais no capitalismo, impactando todos os trabalhadores e o/a assistente social, profissional inserido na divisão do trabalho também faz parte dessa gama de trabalhadores que atuam com os rebatimentos advindos da precarização do trabalho.

3.2 PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO PROFISSIONAL: DOCUMENTO PARA REFLETIR E REFERENCIAR A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Como apresentado na seção anterior, o Serviço Social surge no Brasil na década de 1930 vinculado a demanda posta ao Estado como uma das modalidades para o enfrentamento das expressões da questão social. Na década de 1940 a profissão tem sua legitimação profissional e, a partir de 1945, ocorreu uma expansão do mercado de trabalho, de modo que o/a assistente social é inserido na área da saúde passando a atuar, principalmente, na assistência médica previdenciária e também em outros programas e serviços de saúde.

No Ministério da Saúde, os profissionais estavam fragmentados pelas diversas instituições sem uma coordenação geral, e o único grupo que continuou se destacando foi o vinculado ao Departamento Nacional da Criança, no Centro de Orientação Juvenil [...]. Alguns assistentes sociais ligados a esse trabalho se dedicaram à atividade liberal, abrindo consultórios com outros profissionais, médicos e/ou psicólogos, centralizando sua ação em terapia familiar. Outro trabalho, vinculado ao Ministério da Saúde, nos hospitais psiquiátricos, foram as ‘comunidades terapêuticas’, em que os assistentes sociais faziam grupos operativos e terapia familiar em conjunto com outros membros da equipe de saúde. No Ministério da Previdência havia uma coordenação de Serviço Social, em nível nacional, que defendia princípios norteadores da ação, e, em nível regional, o núcleo de supervisão técnica (BRAVO, 2011, p. 137).

Sobre essa expansão, Costa (2009, p. 308), salienta:

Entendemos que o processo coletivo de trabalho nos serviços de saúde define-se a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil; das mudanças de natureza tecnológica, organizacional e política que perpassam o Sistema Único de Saúde; e das formas de cooperação vertical (divisão sociotécnica e institucional do trabalho) e horizontal (expansão dos subsistemas de saúde) consubstanciadas na rede de atividades, saberes, hierarquias, funções e especializações profissionais (COSTA, 2009, p. 308).

A implantação do SUS na década de 1990 possibilitou o crescimento de campos de trabalho para assistentes sociais. Essa década é ainda mais significativa para a profissão, considerando que neste período ocorreu a consolidação do Projeto Ético-Político do Serviço Social — que vinha se gestando desde o final da década de 1970 — culminando posteriormente com a elaboração do Código de Ética do Assistente Social, em 1993. Esse é um avanço e marco para a profissão e com base nele, o/a assistente social pauta sua atuação profissional, tomando também como norteador a revisão e aprovação da nova Lei de Regulamentação da Profissão, neste mesmo ano.

Em seu campo de atuação o/a assistente social busca fazer uma análise da realidade se utilizando de todo aporte teórico metodológico para que sua prática seja feita de forma crítica. Na saúde, o/a assistente social compreendendo sua atuação além de uma necessidade do Estado e centrada diretamente na viabilização de direitos via políticas sociais, o/a profissional luta pela defesa do Sistema Único da Saúde (SUS), buscando efetivar em sua atuação o direito de acesso à saúde aos usuários de maneira competente e crítica. No entanto, para que de fato assim seja realizado, o/a assistente social deve:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade de atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortalecem a articulação entre as práticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p. 30-31).

O/a assistente social utiliza instrumentais e sua atuação deve ser crítica, com competências e atribuições tendo como base a Lei 8.662/93. Lei que regulamenta a profissão e maior marco legal no que tange o exercício profissional. Assim, com base em seu Artigo 4º são competências do/a assistente social:

- I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

- IV - (Vetado);
- V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
- VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;
- IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;
- XI - realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2012, p. 44-45).

Embora essas competências sejam atribuídas ao/a assistente social, isso não significa que outro profissional não possa realizá-las, tendo em vista que essas competências não são de exclusividade do/a assistente social, mas são a capacidade que este/a profissional tem para dar encaminhamento e resolutividade as atividades. Por outro lado, a lei estabelece também atribuições que, diferentemente das competências, são privativas portanto, exclusivas do/a assistente social e não compete a nenhum outro profissional. As atribuições são privativas e matéria do Serviço Social. No Artigo 5º a Lei 8.662/93 prevê como atribuições privativas:

- I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
- II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
- III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;
- IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
- VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
- VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;
- VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;
- IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;
- X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;
- XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;
- XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;

XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2012, p.46-47).

Assim, são essas competências e atribuições que irão nortear a atuação profissional do/a assistente social em todos os espaços sócio-ocupacionais, que vem gradativamente ampliando-se, incluindo desde o planejamento das políticas sociais até sua execução, visando o enfrentamento das múltiplas expressões da questão social. Isso posto, na saúde os/as assistentes sociais vão elaborar coletivamente o documento *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*, construídos a partir de debates organizados pelo conjunto CFESS-CRESS e sistematizar quatro eixos da atuação profissional: “[...] atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p. 41).

O *atendimento direto aos usuários* consiste no primeiro eixo de atuação do/a assistente social na saúde e predominam nesse campo as ações socioassistenciais, acompanhadas das ações de articulação interdisciplinar e ações socioeducativas. As condições de contrarreforma do Estado e desmonte do SUS trazem como demandas explícitas:

- solução quanto ao atendimento (facilitar marcação de consultas e exames, solicitação de internação, alta e transferência);
- reclamação com relação a qualidade do atendimento e/ou ao não atendimento (relações com a equipe, falta de medicamentos e exames diagnósticos, ausência de referência e contrarreferência institucional, baixa cobertura das ações preventivas, entre outros);
- não entendimento do tratamento indicado e falta de condições para realizar o tratamento, devido ao preço do medicamento prescrito, do transporte urbano necessário para o acesso à unidade de saúde, ou horário de tratamento incompatível com o horário de trabalho dos usuários;
- desigualdade na distribuição e cobertura dos serviços de saúde, nos municípios e entre os municípios, obrigando a população a ter de fazer grandes deslocamentos para tentar acesso aos serviços;
- agravamento das situações de morbidade e mortalidade por doenças passíveis de prevenção (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p. 42-43).

Na atuação do/a assistente social na saúde outras demandas se apresentam para o/a profissional que são resultantes do processo de contradição capitalista, que gera as expressões da questão social como desemprego, violência e outras. Ao se deparar com essas demandas, o/a profissional como executor de políticas sociais recorre ao seu arsenal de modo a buscar respondê-las.

O assistente social e os demais profissionais que atuam nessa área o fazem em condições difíceis, colocando-se como mediadores entre uma população miserabilizada, que traz consigo as mazelas de um sistema excludente, cujas políticas sociais públicas implementadas são sinônimo de escassez, de falta de resolatividade, de descaso das elites dominantes para com a população demandante desses serviços públicos (BEZERRA; ARAÚJO, 2007, p. 207).

Esses limites institucionais afetam a atuação profissional, com respostas pontuais e precárias. O desafio é ultrapassar o caráter emergencial e burocrático das ações.

Ainda no que diz respeito ao atendimento direto aos usuários, as ações de articulação interdisciplinar, ou seja, a articulação com a equipe de saúde, representam uma dimensão essencial a ser defendida na saúde, possibilitando ao/a assistente social dispor “[...] de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações [...]” (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p. 46). Isso o/a difere dos outros profissionais da saúde.

Por estar inserido em um ambiente de trabalho multiprofissional, cabe ao/a profissional a clareza de suas competências e atribuições profissionais para que a equipe não confunda o fazer do/a assistente social com o de outros profissionais. Neste sentido, dentre as ações que irá desenvolver junto a equipe de saúde, as principais são:

- esclarecer as suas atribuições e competências para os demais profissionais da equipe de saúde;
- elaborar junto com equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais por meio da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros;
- construir e implementar, junto com a equipe de saúde, propostas de treinamento e capacitação do pessoal técnico-administrativo com vistas a qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao usuário, tais como: a marcação de exames e consultas, e a convocação da família e/ou responsável nas situações de alta e óbito;
- incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento da unidade, tendo por base os interesses da população usuária. Isso exige o rompimento com o modelo assistencial baseado na procura espontânea e no tratamento isolado das doenças;
- garantir a inserção do Serviço Social em todos os serviços prestados pela unidade de saúde (recepção e/ou admissão, tratamento e/ou internação e alta), ou seja, atender o usuário e sua família, desde a entrada do mesmo na unidade por meio de rotinas de atendimento construídas com a participação da equipe de saúde;
- identificar e trabalhar os determinantes sociais da situação apresentada pelos usuários e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face suas condições de vida; [...] (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p. 53).

No atendimento direto aos usuários incluem-se como fundamentais as ações socioeducativas como promotoras de orientações reflexivas e socialização de informações no âmbito da área de educação em saúde. Essas ações são realizadas tanto de forma individual quanto grupal ou coletivas, com a família ou com a população, e objetivam o conhecimento crítico desses indivíduos da realidade em que se situam e assim, constroem uma consciência sanitária, ou seja, uma consciência de que a saúde consiste em direito de todos (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010). As atividades que se destacam no que diz respeito as ações socioeducativas são:

- sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos;
- democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade;
- realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição;
- realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas;
- democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação;
- socializar informações e potencializar as ações socioeducativas desenvolvendo atividades nas salas de espera;
- elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;
- mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados;
- realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p. 56).

O segundo eixo de atuação do/a assistente social na saúde é o de *mobilização, participação e controle social*. No qual se encontram ações para que usuários, familiares, trabalhadores da saúde e movimentos sociais estejam envolvidos e participem dos espaços, que lutem pela defesa da garantia do direito à saúde. São diversas as ações neste âmbito, destacando-se o estímulo que é dado a usuários e familiares para participar de lutas em prol de melhores condições de vida, trabalho e acesso aos serviços de saúde; a participar da ouvidoria, bem como dos conselhos de saúde; além de ações que incentivam a participação nos processos de elaboração, fiscalização e avaliação do orçamento da saúde tanto no âmbito municipal, quanto estadual e nacional (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010).

A *investigação, planejamento e gestão* é mais um dos eixos de atuação do/a assistente social na saúde. Neste eixo as ações de atuação correspondem a elaboração de planos e projetos próprios da ação do Serviço Social, da participação na gestão da unidade de saúde e participação nas Comissões e Comitês da instituição; elaboração do perfil e demandas da população, entre

tantas outras. Todas as ações são componentes fundamentais para a consolidação do SUS como sistema universal, e possibilitam assim, “[...] 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 de direitos sociais” (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p. 60).

O último eixo de atuação apresentado corresponde à *assessoria, qualificação e formação profissional* que visam qualificar os profissionais da equipe melhorando a formação e a qualidade dos serviços e a assessoria, tanto pode ser uma competência quanto uma atribuição privativa. A criação de campos de estágios em Serviço Social, bem como a supervisão direta de estagiários; a participação ativa nos programas de residência e em cursos, congressos, seminários e afins, são algumas das ações que o/a assistente social desenvolve na saúde (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010).

A atuação do/a assistente social na saúde abrange o conjunto destas ações que para desenvolvê-las, exigem a contínua formação nas dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa, voltada para superar ações imediatistas, emergenciais e burocráticas.

3.3 DESAFIOS E EXIGÊNCIAS ATUAIS

O surgimento do Serviço Social ainda na década de 1930 como resposta às necessidades sociais produzidas pelo sistema capitalista, denota a profissão como instrumento da classe dominante para favorecer a reprodução da força de trabalho, respondendo às exigências do capital, ao passo que também responde às necessidades da classe trabalhadora. O Serviço Social é uma profissão inscrita na divisão social do trabalho e tem seu processo de legitimação e institucionalização atrelado ao surgimento e desenvolvimento das entidades assistenciais, período em que começa a se desvincular de suas bases doutrinárias (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014). Segundo Iamamoto (2009), permanece a “[...] *tensão entre o trabalho controlado e submetido ao poder do empregador, as demandas dos sujeitos de direitos e a relativa autonomia do profissional para perfilar o seu trabalho*” (IAMAMOTO, 2009, p. 16, grifo do autor).

Nesse estudo constatou-se a vinculação orgânica da intervenção profissional com a correlação de forças de cada momento histórico e a configuração da política social que abrangem projetos em disputa. Como apresenta Iamamoto (2009),

O assistente social ingressa nas instituições empregadoras como parte de um coletivo de trabalhadores que implementa as ações institucionais/ empresariais, cujo resultado final é fruto de um trabalho combinado ou cooperativo, que assume perfis diferenciados nos vários espaços ocupacionais. Também a relação que o profissional estabelece com o objeto de seu trabalho – as múltiplas expressões da *questão social*, tal como se expressam na vida dos sujeitos com os quais trabalha – depende do prévio recorte das políticas definidas pelos organismos empregadores, que estabelecem demandas e prioridades a serem atendidas (IAMAMOTO, 2009, p. 13-14, grifo do autor).

O/a assistente social exerce a profissão em conformidade com o Código de Ética Profissional (Resolução do CFESS nº 273/93 e a Lei 8.662/93) e a Lei 8.662/93, instrumentos normativos que regulamentam a profissão, e “[...] se afirma como parte integrante do aparato institucional estatal ou privado [...]” (TRINDADE, 2015, p. 123).

Reafirma-se, então, uma concepção de espaço sócio-ocupacional da profissão, configurado no contexto sócio-histórico, envolvendo: **as demandas sociais, as demandas institucionais, as requisições profissionais e as respostas profissionais**. O que abrange relações e processos sociais relacionados à configuração da questão social e suas formas de enfrentamento na sociedade contemporânea. [...] A natureza da atividade profissional do assistente social advém de sua inserção nas estruturas institucionais prestadoras de serviços sociais, que perfazem os aparatos públicos e privados viabilizadores das políticas sociais. Mais precisamente, é uma profissão que se desenvolve na esfera dos serviços, particularmente dos serviços sociais, aqueles voltados para o atendimento das necessidades de reprodução (material e ideológica) da força de trabalho (TRINDADE, 2015, p. 123-124, grifo nosso).

O/a assistente social, assim como todos os trabalhadores, no sistema capitalista vende sua força de trabalho em troca de um salário. Nessa mercantilização da atividade profissional orientada para operacionalizar as políticas e serviços sociais, depara-se com desafios, limites e a precarizações no âmbito de trabalho físicos e materiais, dificultando a atuação profissional. Em seu ambiente de trabalho o/a profissional não dispõe de meios e recursos necessários para uma atuação efetiva e de qualidade, deparando-se assim com as condições postas por seus empregadores, indo de encontro com a precarização.

Para Guerra (2010, p. 716-717):

[...] os assistentes sociais têm seus espaços, condições e relações de trabalho precarizadas e quase totalmente destituídas de direitos. Vivenciam e enfrentam, ao mesmo tempo, as expressões da exploração e dominação do capital sobre o trabalho e efetivam respostas no campo dos direitos, captando e enfrentando as expressões da chamada “questão social”, que se convertem, por meio de múltiplas mediações, numa diversidade de demandas para a profissão (GUERRA, 2010, p. 716-717).

Os/as profissionais ficam submetidos aos limites institucionais que contam em sua grande maioria com recursos escassos e condições precárias. Gois (2015), afirma que o/a assistente social como trabalhador/a assalariado/a para exercer seu trabalho depende das condições que lhe são oferecidas no ambiente de trabalho, e estão sujeitos/as à precarização e alienação do trabalho, indissociáveis do trabalho assalariado.

As condições da precarização do trabalho apresentadas por Druck (2011), mostram os desafios a serem enfrentados em muitos âmbitos. A autora destaca como precarização do trabalho *a vulnerabilidade das formas de inserção e desigualdades sociais*, de modo que a inserção no mundo do trabalho e as formas de mercantilização da força de trabalho se deram de forma precária e sem a garantia de proteção social, o que denota a vulnerabilidade estrutural; *os padrões de gestão e organização do trabalho*, que intensificam o ritmo do trabalho exigindo dos/as trabalhadores/as o cumprimento de metas muitas das vezes inalcançáveis, além da extensão do tempo de trabalho e do crescimento da terceirização.

Outras formas de precarização também são apontadas pela autora: *as condições de insegurança e saúde no trabalho*, fruto da falta de treinamento necessário, medidas preventivas entre outras, uma vez que busca sempre a produtividade e o alcance de metas, mesmo que isso implique na fragilidade da saúde do/a trabalhador/a; *a perda das identidades individual e coletiva*, isso se explica devido ao medo de perder seu emprego e tornar-se um/a desempregado/a, o que é uma estratégia do empregador sobre o/a trabalhador/a; *a fragilização da organização dos trabalhadores*, devido à grande fragilização que a categoria profissional enfrenta com muitos sindicatos decorrentes principalmente da terceirização e, por fim, *a fetichização do mercado*, com ataques as leis trabalhistas e defesa da flexibilização do trabalho (DRUCK, 2011).

Mediante uma conjuntura neoliberal o Serviço Social ampliou seus espaços sócio-ocupacionais, no entanto, passou a vivenciar um processo de precarização e flexibilização do trabalho resultando na fragilização das condições e relações de trabalho. As variadas manifestações da precarização são notórias no exercício profissional do/a assistente social.

Portanto, as condições e relações de trabalho em que se inscreve o assistente social articulam um conjunto de mediações que interferem no processamento da ação e nos resultados individual e coletivamente projetados, pois a história é o resultado de inúmeras vontades projetadas em diferentes direções que têm múltiplas influências sobre a vida social. Os objetivos e projetos propostos, que direcionam a ação, têm uma importância fundamental, na afirmação da condição dos indivíduos sociais como sujeitos da história (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2012, p. 46).

Em conformidade com Raichelis (2010), nesse processo o/a assistente social tem precárias formas de contratação, ritmo de trabalho intensificado, redução de salários, cobranças para aumentar a produtividade e obter resultados mais rápidos, falta de qualificação e capacitação profissionais como tipos de precarização que afetam seu trabalho.

No âmbito do Serviço Social, intensifica-se a subcontratação de serviços individuais dos assistentes sociais por parte de empresas de serviços ou de assessoria, de “cooperativas” de trabalhadores, na prestação de serviços aos governos e organizações não governamentais, acenando para o exercício profissional privado (autônomo), temporário, por projeto, por tarefa, em função das novas formas de gestão das políticas sociais (RAICHELIS, 2010, p. 759).

A atuação do/a assistente social pauta-se na intervenção das diferentes expressões da questão social com foco a minimizar os impactos causados pela contradição do sistema capitalista que gera desigualdades e injustiças sociais, buscando desta forma que os usuários tenham acesso à autonomia e direitos sociais. Entretanto, é válido pontuar que nesse campo de intervenção o/a profissional trabalha diante de uma flexibilização:

[...] desregulamentação do trabalho, mudanças na legislação trabalhista, subcontratação, diferentes formas de contrato e vínculos que se tornam cada vez mais precários e instáveis, terceirização, emprego temporário, informalidade, jornadas de trabalho e salários flexíveis, multifuncionalidade ou polivalência, desespecialização, precariedade dos espaços laborais e dos salários, frágil organização profissional, organização em cooperativas de trabalho e outras formas de assalariamento disfarçado, entre outras (GUERRA, 2010, p. 719).

Essa flexibilização do trabalho, uma forma de precarização, leva a categoria profissional a adaptar-se as novas formas de trabalho flexível, impostas pela sociedade capitalista. Ao submeter-se a elas, os/as assistentes sociais além de se deparar com as dificuldades e desafios que a profissão enfrenta para a realização de seu trabalho, ficam ainda suscetíveis ao adoecimento.

Uma das principais manifestações da precarização do trabalho no capitalismo global é o adoecimento da subjetividade do trabalho vivo sob as condições da ordem salarial. Muitas vezes quando se trata do tema da precarização do trabalho no capitalismo se faz referência ao salário e emprego ou ainda às condições de trabalho etc. Entretanto, considero que a manifestação candente da precarização do trabalho em nossos dias ocorre através das ocorrências de adoecimentos e doenças do trabalho, expressão candente do esmagamento da subjetividade humana pelo capital, a negação do sujeito humano-genérico pelos constrangimentos da ordem burguesa (RAICHELIS, 2013, p. 630 *apud* ALVES, 2013, p. 128).

Não obstante, a precarização do trabalho que traz impactos para a atuação profissional, torna-se um dos desafios para efetivação do trabalho profissional, mas não é o único. A depender das correlações de forças, o trabalho profissional pode mudar tendo em vista que a profissão não está imune as transformações. Diante de um cenário instável e de retrocessos, a profissão tem como ameaça uma possível volta do conservadorismo profissional.

Na atuação profissional além de o/a profissional realizar sua atividade rompendo com os traços conservadores, tendo uma visão crítica, precisam ainda se deparar com os desafios que pairam sobre a profissão, desde o ensino profissional à prática. Segundo Iamamoto (2009), os desafios que recaem para os/as assistentes sociais são:

- 1) a exigência de rigorosa formação teórico-metodológica que permita explicar o atual processo de desenvolvimento capitalista sob a hegemonia das finanças e o reconhecimento das formas particulares pelas quais ele vem se realizando no Brasil, assim como suas implicações na órbita das políticas públicas e consequentes refrações no exercício profissional;
- 2) rigoroso acompanhamento da qualidade acadêmica da formação universitária ante a vertiginosa expansão do ensino superior privado e da graduação à distância no país;
- 3) a articulação com entidades, forças políticas e movimentos dos trabalhadores no campo e na cidade em defesa do trabalho e dos direitos civis, políticos e sociais;
- 4) a afirmação do horizonte social e ético-político do projeto profissional no trabalho cotidiano, adensando as lutas pela preservação e ampliação dos direitos mediante participação qualificada nos espaços de representação e fortalecimento das formas de democracia direta;
- 5) o cultivo de uma atitude crítica e ofensiva na defesa das condições de trabalho e da qualidade dos atendimentos, potenciando a nossa autonomia profissional (IAMAMOTO, 2009, p. 38-39).

Diante dos desafios atuais que recaem sobre o exercício profissional dos/as assistentes sociais e que ameaçam a efetivação e o fortalecimento do Projeto Ético-político do Serviço Social, o desafio maior consiste em:

Tornar esse projeto um guia efetivo para o exercício profissional e consolidá-lo por meio de sua implementação efetiva. Para tanto, é necessário articular as dimensões ético-políticas, acadêmicas e legais que lhe atribuem sustentação com a realidade do trabalho profissional em que se materializa. Requer uma análise acurada das reais condições e relações sociais em que se efetiva a profissão, num radical esforço de integrar o dever ser com a objetivação desse projeto, sob o risco de se deslizar para uma proposta ideal, porque abstraída da realidade histórica, elidindo as particulares determinações e mediações que incidem no processamento dessa especialização do trabalho coletivo (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2012, p. 44).

Contudo, verifica-se que no cenário atual embora assistentes sociais atuem de forma crítica, pautando-se no referencial teórico-metodológico, a efetivação e consolidação do projeto profissional continuará sendo um grande desafio para os/as profissionais, tendo em vista sua

condição de classe trabalhadora que cotidianamente está inserida no contexto de relações de trabalho instáveis e precárias.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi abordado no decorrer deste trabalho, que trouxe uma discussão acerca da atuação do/a assistente social na política de saúde com foco nas ameaças e desafios que a categoria profissional cotidianamente enfrenta em seu ambiente de trabalho, compreende-se como sendo resultado das manifestações da precarização do trabalho evidenciada com a crise estrutural de 1970 e intensificada com o neoliberalismo na década de 1990.

Constata-se no decorrer deste estudo que a profissão surgiu na década de 1930 no contexto de efervescência da questão social, num período de transformações que se deram no cenário econômico e social do país, como instrumento da classe dominante e do Estado, de modo a controlar as contradições do desenvolvimento capitalista. Diante disso, na década seguinte a profissão consegue se consolidar permitindo sua expansão e inserção nos setores de saúde.

Embora o Serviço Social estivesse inserido em diversos campos de trabalho, o tradicionalismo que acompanha a profissão desde sua gênese, ainda se fazia presente na prática profissional dos/as assistentes sociais de modo que somente na década de 1960 na busca pelo avanço profissional e o rompimento com o Serviço Social Tradicional, ocorre a renovação da profissão. Essa, entendida como uma renovação das bases teóricas que evidentemente não eliminou a natureza contraditória da profissão sendo ela partícipe da reprodução das relações e classes sociais, porém permitiu para a profissão novas possibilidades de avanços.

Assim, o processo de renovação está alicerçada sob três direções: perspectiva modernizadora, reatualização do conservadorismo e intenção de ruptura (PAULO NETTO, 2015). Na década de 1960 a perspectiva modernizadora, a primeira direção, surge, mas não rompe com os traços tradicionais da profissão, e então é questionada em 1970, dando abertura para a reatualização do conservadorismo, surgindo com uma nova roupagem e também sem eliminar o conservadorismo profissional. Concomitantemente, nessa década surge o movimento de Reforma Sanitária compreendido como um movimento contrário a ditadura militar e a favor da saúde que culminou na criação do Sistema Único de Saúde na década de 1980, período de maior discussão em torno da saúde e momento em que a intenção de ruptura contrária as anteriores, consegue fazer a crítica e romper com as amarras conservadoras.

Observa-se que a precarização do trabalho é um processo que ocorre devido às mudanças e transformações no mundo do trabalho atingindo todos/as os/as trabalhadores/as, ficando em evidência devido à crise estrutural da década de 1970. A partir desse período os postos de trabalho sofrem com os rebatimentos da crise que além de intensificar a precarização

dos trabalhos já existentes, possibilitou o aparecimento de novos vínculos de trabalho precários, que intensificaram a exploração da força de trabalho. Nesse sentido, as transformações que o trabalho a partir da crise estrutural vinha apresentando, sob a ofensiva neoliberal nos anos de 1990 tornam-se mais agravantes, sendo perceptíveis como exemplos, o desmonte de direitos e a flexibilização do trabalho.

Tendo em vista que essas transformações adentrando no âmbito do trabalho, ao passo que intensificaram a precarização, afetaram também o exercício dos/as assistentes sociais, colocando para a profissão condições desafiadoras de atuação. Os impasses resultantes do processo de precarização fragilizaram as condições de trabalho desses/as profissionais sendo nítida a intensificação de contratações precárias, flexibilizadas e salários baixíssimos. Diante desse estudo, é notório que embora a natureza da profissão seja a de reproduzir a força de trabalho, a atuação do/a assistente social não se resume a isso, haja vista que exige uma atuação pautada no compromisso com a classe trabalhadora.

Ainda que a atuação dos/as assistentes sociais esteja permeada com os desafios impostos pela precarização, o exercício da profissão vai estar sempre orientado “[...] à produção e distribuição mais equitativa da riqueza; à luta pela ultrapassagem das desigualdades pela afirmação e concretização dos direitos e da democracia” (IAMAMOTO, 2009, p. 28).

Nesse sentido, se faz necessário que o/a profissional reconheça seu papel na sociedade e busque de forma crítica exercer seu trabalho. Sendo necessário ainda, que a profissão reafirme o compromisso com o projeto profissional que tem uma direção social de caráter ético-político, possível a partir da autonomia relativa do/a assistente social. Para Iamamoto (2009, p. 32), “[...] essa autonomia é dependente da correlação de forças econômica, política e cultural em nível societário e se expressa, de forma particular, nos distintos espaços ocupacionais [...]”.

A conjuntura de intensificação da precarização do trabalho e de desmonte de direitos sociais, torna mais desafiadora a efetivação do Projeto Ético-Político. Ainda assim, a partir de uma atuação crítica pautada nesse projeto e no referencial teórico-metodológico, assistentes sociais podem construir uma autonomia, embora seja ela relativa devido a condição de trabalhador/a assalariado/a no cenário de precarização e crise estrutural do capital.

Ao abordar os desafios da profissão é importante considerar o momento atual e entender que possivelmente novos desafios estão sendo colocados para a profissão. No contexto de pandemia do novo Corona Vírus (COVID-19), os serviços de saúde são essenciais, e os/as assistentes sociais que estão na linha de frente devem se aproximar das competências profissionais e atribuições privativas para que diante desse momento atípico não se confundam com as dos demais profissionais.

Para tal, concorda-se com Matos (2020) que é necessário à categoria profissional se apropriar novamente dos aportes ético-político, técnico-metodológico e técnico-operativo; atuar coletivamente, mantendo uma rede de articulação com profissionais de outras instituições que poderá contribuir com o exercício e socializar as informações necessárias aos usuários, pois a informação é muito importante principalmente no cenário atual, e a linguagem é um instrumento de trabalho dos/as assistentes sociais.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Thinally Ribeiro. As políticas sociais no neoliberalismo: expressões da luta de classes. *In: JORNADA INTERNACIONAL POLÍTICAS PÚBLICAS*, 8., 2017, São Luís. **Anais [...]**. São Luís: UFMA, 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo3/aspolicassociaisnoneoliberalismoexpressoesdalutadeclasses.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2020.
- ALVES, Giovani. Toyotismo como ideologia orgânica da produção capitalista. **Revista Organizações e Democracia**, Mirante – Marília/SP, v.1, n. 1, p. 3-15, 2000. Disponível em: <http://revistas.marilia.unesp.br/index.php/orgdemo/article/view/455>. Acesso em: 27 ago. 2020.
- AMMANN, Safira Bezerra. Concebe-se o Desenvolvimento de Comunidade com base em supostos acrílicos e aclassistas. (1950-59). *In: AMMANN, Safira Bezerra. Ideologia de Desenvolvimento de Comunidade no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2003. cap. 1, p. 29-56.
- ANTUNES, R; DRUCK, G. A terceirização como regra? **Revista TST**, Brasília, v. 79, n. 4, p. 214-231, 2013.
- ANTUNES, R; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n123/0101-6628-sssoc-123-0407.pdf>. Acesso em: 01 set. 2020.
- ARAÚJO, M. R. M; MORAIS, K. R. S. Precarização do trabalho e o processo de derrocada do trabalhador. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 20, n. 1, p. 1-13, 2017.
- BAHIA, Ligia. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. *In: LIMA, N. T. et al. (Org.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 407-449.
- BARROCO, Maria Lúcia Silva. Fundamentos éticos do Serviço Social. *In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p.165-184.
- BARROCO, Maria Lúcia Silva. O processo de ruptura com a ética tradicional. *In: BARROCO, Maria Lúcia Silva. Ética e serviço social: fundamentos ontológicos*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2008. cap. 3, p. 141-209.
- BEZERRA, S. O; ARAÚJO, M. A. D. As (re)configurações das demandas ao serviço social no âmbito dos serviços públicos de saúde. **RAP**, Rio de Janeiro, p. 187-209, mar./abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rap/v41n2/02.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2020.
- BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BIZERRA, Fernando de Araújo. O Estado como instrumento de reprodução das sociedades de classes. *In: Estado e capital: uma coexistência necessária*. Maceió: Coletivo Veredas, 2016, cap. 1, p. 23-52.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 10. ed. Brasília-DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/30/Lei-8080.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 23 jan. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm. Acesso em: 06 jun. 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza. Da distensão política à transição democrática: a questão da Saúde e o Serviço Social. *In: BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011, p. 53-180.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. *In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez, Brasília, 2009, p. 88-110.

BRAVO, M. I; MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. *In: BRAVO, M. I. S. et al., (Org.). Saúde e Serviço Social*. 5. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012, p. 25-49.

CAVALCANTE, Girlene Maria Mátis. **A precarização do trabalho e das políticas sociais na sociedade capitalista: fundamentos da precarização do trabalho do assistente social**. 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Atribuições privativas do/a assistente social**. Brasília, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social**. Brasília, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Conferência Nacional de Saúde: Democracia e Saúde**, 16., Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/16cns/index.html>. Acesso em: 10 de set. 2019.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. *In*: MOTA, A. E. et al., (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, Brasília, 2009, p. 304-351.

DAVI, J; SERPA, M. A; SANTOS, M. A. N; NÓBREGA, M. B. As particularidades da precarização de trabalho dos(as) assistentes sociais na política de saúde. **O Social em Questão**, ano 18, n. 34, p. 277 - 296, 2015. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_34_13_Davi_Serpa_Santos_Nobrega.pdf. Acesso em: 05 out. 2020.

DICIONÁRIO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE. **Fundação Oswaldo Cruz**. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>. Acesso em: 21 jan. 2021.

DRUCK, Graça. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios. **CADERNO CRH**, Salvador, v. 24, n. 1, p. 37-57, 2011.

SCOREL, S; BLOCH, A. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. *In*: LIMA, N. T. et al., (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 83-120.

SCOREL, S; NASCIMENTO, D. R; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. *In*: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 59-82.

FAERMANN, L. A; MELLO, C. C. V. As condições de trabalho dos assistentes sociais e suas implicações no processo de adoecimento dos profissionais. 2016. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 96-113, jan./jul. 2016.

FILGUEIRAS, Luiz. **O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico**. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/basua/C05Filgueiras.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Cronologia histórica da saúde pública**. FUNASA, 2017. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica> Acesso em: 16 de mai. 2019.

GOIS, Juliana Carla da Silva. O Serviço Social e o debate sobre a categoria trabalho: mediações para análise do assistente social como trabalhador assalariado. *In*: T, R. L. P; LINS, M. A. T. (Org.). **Assistente Social: trabalhador/a assalariado/a**. Fundamentos teóricos e históricos para uma análise crítica. Maceió: EDUFAL, 2015, p. 57-85.

GUERRA, Yolanda. A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino público, privado e a distância. **Serviço Social & Sociedade**, São

Paulo, n. 104, p. 715-736, out./dez. 2010. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n104/08.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2020.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na cena contemporânea. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Os espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, 2009.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 41. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

JESUS, Adriana Silva de Pinho Nascimento de. A precarização no mundo do trabalho. *In*: JESUS, Adriana Silva de Pinho Nascimento de. **Entre a dor e a alegria: a invisibilidade do adoecimento dos/as assistentes sociais no município de Cachoeira-Ba**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cachoeira – BA, 2017. f. 48-71.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A Saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. *In*: LIMA, N. T. et al., (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 27-58.

LINS, Maria Alcina Terto Lins. A flexibilização das relações de trabalho no capitalismo contemporâneo e suas repercussões no serviço público brasileiro. *In*: T, R. L. P; LINS, M. A. T. (Org.). **Assistente Social: trabalhador/a assalariado/a. Fundamentos teóricos e históricos para uma análise crítica**. Maceió: EDUFAL, 2015, p. 87-117.

MACIEL, Sergiane Maia. Reforma (contrarreforma) do estado: reflexos na política de saúde. *In*: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 8., 2017, São Luís. **Anais [...]**. São Luís: UFMA, 2017. Disponível em:
<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo1/reformacontrarreformadoestadoreflexosnapoliticadesaude.pdf> Acesso em: 03 dez. 2020.

MATOS, Maurílio Castro de. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. 2020. Disponível em: <http://www.cress16.org.br/noticias/a-pandemia-do-coronavirus-covid-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-saude>. Acesso em: 12 jan. 2021.

MATOS, Maurílio Castro de. **(Des) informação nos serviços de saúde em tempos da pandemia da Covid-19: uma questão ética e uma requisição enviesada ao trabalho de Assistentes Sociais**. 2020. Disponível em:
<https://drive.google.com/file/d/1TJPr4svDJJamlocu1SOSvwF1jv5u7eYo/view>. Acesso em: 13 ago. 2020.

MEDEIROS, Silvana Márcia de Andrade. **Direção das lutas dos trabalhadores: o caso da Reforma Sanitária brasileira**. 2008. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2008.

OLIVEIRA, Herivânia de Melo Ferreira e; MIRANDA, Ana Paula Rocha Sales de; SOUZA, Fernanda Marques. Precarização do trabalho e exercício profissional nos serviços de saúde. *In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL*, 6; ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 13., 2018, Vitória: ES. **Anais [...]** Vitória (ES): UFES, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/20197>. Acesso em: 12 nov. 2020.

PAULO NETTO, José. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. *In: MOTA, A. E. et al., (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF. 2009. p. 141-160.

PAULO NETTO, José. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

PAULO NETTO, José; BRAZ, Marcelo. O capitalismo contemporâneo. *In: Economia política: uma introdução crítica*. São Paulo: Cortez, 2006. p. 211-258.

PIANA, Maria Cristina. O Serviço Social na contemporaneidade: demandas e respostas. **Editora UNESP**, São Paulo, p. 84-117, 2009. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-04.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2020.

PEREIRA, J. Davi; SILVA, S. S. S; PATRIOTA, L. M. Políticas sociais no contexto neoliberal: focalização e desmonte dos direitos. **Qualitas Revista Eletrônica**, Campina Grande, v. 5, n. 3, 2006. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/64/56>. Acesso em: 02 dez. 2020.

RAICHELIS, Raquel. Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no Suas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 104, p. 750-772, out./dez. 2010.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul./set. 2011.

SANTOS, Glaucya Núbia Barros dos. **Neoliberalismo e seus reflexos na política de saúde no Brasil**. *In: SEMINÁRIO DA FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE*, 7., Maceió, 2017.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Contextualizando o Serviço Social no processo histórico brasileiro. *In: SILVA, Maria Ozanira da Silva e. O serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002, p. 23-70.

SOUZA, Marcio de. Precarização do trabalho e Serviço Social. *In: SOUZA, Marcio de. Caminhos da precarização: crise do capital, transformações no mundo do trabalho e tendências para as condições e relações de trabalho do assistente social da Região Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro*. 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio. Rio de Janeiro, 2016. f. 78-105.

TEIXEIRA, J. B; BRAZ, M. O projeto ético-político do Serviço Social. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, 2009.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes. Tendências do mercado de trabalho do Serviço Social: descobertas e inquietações a partir da pesquisa sobre a realidade de Alagoas (1998-2010). *In*: TRINDADE, R. L. P; LINS, M. A. T. (Org.). **Assistente Social: trabalhador/a assalariado/a**. Fundamentos teóricos e históricos para uma análise crítica. Maceió: EDUFAL, 2015. p. 119-149.

VIANA, B. B; CARNEIRO, K. K. C; GONÇALVES, C. F. O movimento de reconceituação do serviço social e seu reflexo no exercício profissional na contemporaneidade. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL, 2015, Florianópolis. **Anais** [...]. Florianópolis: UFSC, 2015. Disponível em: https://seminarioservicosocial2017.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_2_139.pdf. Acesso em: 28 mai. 2020.