



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO ACADÊMICO

MAYRA HELLEN VIEIRA DE ANDRADE

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA INSTRUMENTALIDADE DO
SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE À LUZ DO PROJETO ÉTICO-
POLÍTICO PROFISSIONAL**

JOÃO PESSOA – PB

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO ACADÊMICO

MAYRA HELLEN VIEIRA DE ANDRADE

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA INSTRUMENTALIDADE DO
SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE À LUZ DO PROJETO ÉTICO-
POLÍTICO PROFISSIONAL**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Paula Rocha de Sales Miranda.

Área de concentração: Serviço Social e Política Social.

Linha de pesquisa: Serviço Social; Trabalho; Política Social.

JOÃO PESSOA – PB

2021

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A553a Andrade, Mayra Hellen Vieira de.

Análise da produção científica acerca da
instrumentalidade do Serviço Social na política de
saúde à luz do Projeto Ético-Político Profissional /
Mayra Hellen Vieira de Andrade. - João Pessoa, 2021.
119 f. : il.

Orientação: Ana Paula Rocha de Sales Miranda.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Serviço social. 2. Reforma sanitária. 3. Política
de
saúde. 4. Projeto ético-político profissional. 5.
Instrumentalidade. I. Miranda, Ana Paula Rocha de
Sales. II. Título.

UFPB/BC

CDU 36(043)

MAYRA HELLEN VIEIRA DE ANDRADE

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA INSTRUMENTALIDADE DO
SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE À LUZ DO PROJETO ÉTICO-
POLÍTICO PROFISSIONAL**

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Serviço
Social da Universidade Federal da Paraíba,
para obtenção do título de mestre.

João Pessoa, 30 de setembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Ana Paula Rocha de Sales Miranda

Prof.^a Dr.^a ANA PAULA ROCHA DE SALES MIRANDA (PPGSS/UFPB)
(Orientadora)

Patrícia Barreto Cavalcanti

Prof.^a Dr.^a PATRICIA BARRETO CAVALCANTI (DSS/UFPB)
(Examinadora Externa)

marcelo gallo

Prof. Dr. MARCELO GALLO (PPGSS/PORTO)
(Examinador Externo)

A minha mãe, Matildes, e ao meu esposo, Luytalo, os dois maiores incentivadores das realizações dos meus sonhos. Minha fonte inesgotável de amor, força e cuidado.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

A Deus, gratidão por tanto amor, cuidado e proteção, por ser o meu refúgio, minha fortaleza e me mostrar que embora o Seu tempo seja diferente do meu, Ele sempre estará no controle de tudo ao guiar os meus caminhos.

À minha mãe, Matildes, principal responsável por tudo que tenho e sou. Mulher guerreira, virtuosa, protetora, determinada, exemplo de bondade e honestidade, sinal do cuidado de Deus por mim na Terra.

Ao meu esposo, Luytalo, por ser o meu companheiro de vida e grande admirador, pela compreensão nos momentos de ausência, pelas palavras de apoio quando os dias se tornaram difíceis e por tornar os meus dias mais leves ao estimular boas gargalhadas.

Aos meus avós maternos, Cícera Vieira e José Coelho (*In memoriam*), que juntamente com a minha mãe batalharam para me ensinar os valores da vida.

Aos meus irmãos, Thiago e Heloyza, pelo afeto, incentivos e pelas orações em todos os momentos da minha vida.

Ao meu sobrinho/afilhado, José Miguel, meu neném favorito, por ter preenchido o meu coração com um amor imensurável, por todos os abraços e beijos que recarregaram as minhas energias em momentos de aflição. Por ele luto diariamente por uma sociedade melhor.

Aos meus tios, em particular à tia Nazareth, por ter me incentivado desde a graduação a buscar a carreira acadêmica sempre com afeto e admiração.

À professora e orientadora Doutora Ana Paula Rocha de Sales Miranda, por todos os esforços destinados a contribuir com a construção deste trabalho, apesar de todos os obstáculos advindos da pandemia da Covid-19. Obrigada por toda dedicação, compreensão e confiança!

Às professoras Doutoras Patrícia Barreto Cavalcanti e Aline Maria Batista Machado, pelo respeito com a minha produção no processo de qualificação, por todas as análises e sugestões para o meu aprimoramento, sempre primando pela ética.

Ao corpo docente e à equipe técnica do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPB por terem contribuído para minha formação e concretização de um sonho, cada qual dentro de suas particularidades.

À professora Alecsonia Pereira, por todo apoio, incentivo e todas as orientações antes e durante as etapas da seleção. Obrigada por ter acreditado no meu potencial!

A todos os amigos, em especial, Leid Jane, Irisneide, Gabriele, Andressa e Rayanna, por terem partilhado realizações, alegrias, angústias e medos durante a trajetória do Mestrado.

À assistente social e mestra Karina Bastos, pela troca de vivências acadêmicas, material bibliográfico, palavras de afeto e admiração recíproca.

Ao CNPQ pela concessão de bolsa de estudos.

Enfim, minha gratidão a todos que de forma direta ou indireta, incentivaram-me, apoiaram-me e torceram para que eu concluísse essa intensa jornada.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

RESUMO

Esta pesquisa objetivou analisar a instrumentalidade do Serviço Social na política de saúde, a partir da seleção da produção do conhecimento das edições do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais-CBAS, e tomando como parâmetro o Projeto Ético-Político Profissional. A coleta foi realizada entre dezembro de 2020 e maio de 2021, foi uma pesquisa bibliográfica sistemática, do tipo revisão integrativa, somada a um levantamento documental e o método empregado foi o materialismo histórico e dialético. O universo consubstanciou-se em 4.485 artigos, com amostra de 58 artigos lidos na íntegra, selecionados a partir de descritores e palavras-chave: Serviço Social, saúde, instrumentalidade, política de saúde e Projeto Ético-Político Profissional. O parâmetro cronológico correspondeu aos anos de 2013, 2016 e 2019 quando foi realizado o CBAS. Os resultados obtidos certificaram que: os profissionais mostraram conhecimento teórico-prático acerca do projeto da categoria e a necessidade de materializá-lo no âmbito dos serviços de saúde, reconhecendo a conexão de seus fundamentos junto aos princípios do Sistema Único de Saúde e da Reforma Sanitária Brasileira; apesar de tácita, constatou-se incidência da teoria social crítica no conjunto das produções, evidenciando a importância da validação teórica e do pluralismo; a despeito dos influxos da contrarreforma na educação, a maioria materializa a relação teoria-prática; a burocratização dos serviços impacta os processos de trabalho, mas os assistentes sociais reforçam a perspectiva do direito, conquistando uma imagem social que ratifica sua autoimagem, ambas relacionadas à viabilização do direito, em consonância com o PEPP; a profissão, as relações sociais e de produção são atravessadas por antagonismos e perspectivas contraditórias, mas como a instrumentalidade é uma mediação que sustenta a totalidade e materializa as três dimensões da profissão, conduz ao reconhecimento ético da saúde como questão de justiça social e ratifica os princípios e as diretrizes do PEPP. Disto se conclui que, sem descuro das inflexões da contrarreforma sobre a saúde, a razão dominante sobre a organização interna do trabalho do Serviço Social é a emancipatória.

Palavras-chave: Reforma Sanitária. Política de saúde. Projeto Ético-Político Profissional. Instrumentalidade.

ABSTRACT

This research aimed to analyze the instrumentality of Social Work in health policy, from the selection of knowledge production from the editions of the Brazilian Congress of Social Workers-CBAS, and taking the Professional Ethical-Political Project as a parameter. The collection was carried out between December 2020 and May 2021, it was a systematic bibliographic research, of the integrative review type, added to a documental survey and the method used was dialectical historical materialism. The universe consisted of 4,485 articles, with a sample of 58 articles read in full, selected from descriptors and keywords: social service, health, instrumentality, health policy and Professional Ethical-Political Project. The chronological parameter corresponded to the years 2013, 2016 and 2019 when the CBAS was carried out. The results obtained confirmed that: the professionals showed theoretical and practical knowledge about the category project and the need to materialize it in the context of health services, recognizing the connection of its fundamentals with the principles of the Unified Health System and the Health Reform Brazilian; although tacit, there was an incidence of critical social theory in the set of productions, highlighting the importance of theoretical validation and pluralism; despite the influences of the counter-reform in education, most materialize the theory-practice relationship; the bureaucratization of services impacts work processes, but social workers reinforce the perspective of law, achieving a social image that ratifies their self-image, both related to the feasibility of law, in line with the PEPP; the profession, social and production relations are crossed by antagonisms and contradictory perspectives, but as instrumentality is a mediation that supports the totality and materializes the three dimensions of the profession, it leads to the ethical recognition of health as a matter of social justice and ratifies the principles and guidelines of the PEPP. From this it is concluded that, despite the counter-reform repercussions in health, the dominant reason for the internal organization of Social Work work is emancipatory.

Keywords: Reforma Sanitária. Política de saúde. Projeto Ético-Político Profissional. Instrumentalidade.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEP	Código de Ética Profissional
CF/88	Constituição Federal de 1988
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNE/CES	Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DSIS	Determinantes Sociais das Iniquidades em Saúde
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EAD	Educação a Distância
ENESSO	Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEPP	Projeto Ético-Político Profissional
PRSB	Projeto de Reforma Sanitária Brasileira
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SEPSASS	Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS E QUADRO

FIGURA 1 –	Determinantes sociais: modelo de DAHLGREN e WHITEHEAD.....	56
FIGURA 2 –	Síntese das concepções, vantagens, desvantagens e aplicações dos Modelos Tradicional e Dialógico de educação.....	76
QUADRO 1 –	Detalhamento dos trabalhos encontrados relacionados à instrumentalidade do Serviço Social na área da saúde.....	92

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 –	Vinculação com o tema da pesquisa (CBAS – 2013, 2016 e 2019)	79
GRÁFICO 2 –	Vinculação institucional dos autores dos artigos selecionados (CBAS – 2013, 2016 e 2019)	81
GRÁFICO 3 –	Regiões do Brasil (CBAS – 2013, 2016 e 2019)	82
GRÁFICO 4 –	Teoria norteadora (CBAS – 2013, 2016 e 2019)	82
GRÁFICO 5 –	Presença de ecletismo (CBAS – 2013, 2016 e 2019)	84
GRÁFICO 6 –	Tipos de pesquisa (CBAS – 2013, 2016 e 2019)	85
GRÁFICO 7 –	Níveis de complexidade (CBAS – 2013, 2016 e 2019) ...	86
GRÁFICO 8 –	Concepção da instrumentalidade (CBAS – 2013, 2016 e 2019)	87
GRÁFICO 9 –	Categorias/Conceitos (CBAS – 2013, 2016 e 2019)	89
GRÁFICO 10 –	Incidência de temáticas (CBAS – 2013, 2016 e 2019)	90
GRÁFICO 11 –	Vinculação da concepção de saúde (CBAS – 2013, 2016 e 2019)	93
GRÁFICO 12 –	Articulação teoria e prática (CBAS – 2013, 2016 e 2019)	94
GRÁFICO 13 –	Organização interna das instituições de saúde (CBAS – 2013, 2016 e 2019)	95
GRÁFICO 14 –	Imagem do Serviço Social na política de saúde (CBAS – 2013, 2016 e 2019)	96
GRÁFICO 15 –	Imagem do Serviço Social na política de saúde (CBAS – 2013, 2016 e 2019)	97
GRÁFICO 16 –	Instrumentalidade prevalente na prática profissional na área da saúde (CBAS – 2013, 2016 e 2019)	99
GRÁFICO 17 –	Compatibilidade entre as propostas do PEPP e as ações efetivamente desenvolvidas pelos assistentes sociais (CBAS – 2013, 2016 e 2019)	100

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO –	15
CAPÍTULO 1 – A RELAÇÃO ENTRE A INSTRUMENTALIDADE E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL (PEPP) DO SERVIÇO SOCIAL NO TRABALHO NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	18
1.1 Apontamentos acerca da instrumentalidade do Serviço Social.....	18
1.2 Manifestações do limiar entre a ideação e a materialização do PEPP a partir do resgate de algumas das principais obras voltadas ao trabalho de assistentes sociais na política de saúde.....	24
1.3 Orientações do CFESS e da ABEPSS para um trabalho em saúde na direção social do PEPP.....	34
CAPÍTULO 2 – CONSTATAÇÕES SOBRE OS ESPAÇOS SÓCIO-OCUPACIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL A PARTIR DAS CONQUISTAS LEGAIS APÓS 1988.....	43
2.1 Direito à saúde pós-Constituição Federal de 1988: da construção legal-formal à sua desconstrução processual.....	43
2.2 Os Determinantes Sociais de Saúde na mediação do processo saúde-doença.....	52
2.3 A atuação do Serviço Social nos três níveis de atenção em saúde.....	58
CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DA PRODUÇÃO INTELECTUAL DA INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	67
3.1 Percurso metodológico da pesquisa bibliográfica sistemática integrativa.	67
3.2 Perspectivas da instrumentalidade profissional.....	72
3.3 Reflexões teóricas acerca do trabalho de assistentes sociais na política de saúde pelo ângulo do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS – 2013, 2016 e 2019)	78
3.4 Há uma instrumentalidade prevalente no trabalho de assistentes sociais na saúde?.....	91
CONSIDERAÇÕES	
FINAIS –	102

REFERÊNCIAS – 107

APÊNDICE – 117

INTRODUÇÃO

A presente dissertação, intitulada: “Análise da produção científica acerca da instrumentalidade do Serviço Social na política de saúde à luz do Projeto Ético-Político Profissional”, apresenta como **tema** o trabalho de assistentes sociais na política de saúde e como **objeto** a instrumentalidade profissional nesta política, tomando como parâmetro as diretrizes contidas no Projeto Ético-Político Profissional (PEPP).

A origem do interesse por essa temática decorre das experiências profissionais vivenciadas no Ambulatório Professor Antônio Dias dos Santos, do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), no período de Estágio Supervisionado I e II, do curso de Serviço Social, da Universidade Federal da Paraíba, quando foi identificado que eram encaminhadas ao Serviço Social as demandas que as demais categorias profissionais não tinham conhecimento de como proceder, gerando questionamentos à pesquisadora sobre a aparente falta de especificidade na imagem social da profissão. Ademais, decorre também da vinculação ao Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS) e dos projetos de pesquisa sob responsabilidade da orientadora deste trabalho.

Durante a realização dos referidos estágios, houve maior aproximação com a dimensão técnico-operativa, de modo a evidenciar a arena conflituosa e contraditória em que se encontra situado o Sistema Único de Saúde (SUS) e, por conseguinte, o Serviço Social. Desse modo, frente às várias situações em que houve a negação do direito à saúde previsto pela Constituição Federal de 1988, seja por questões de infraestrutura, sociopolíticas, econômicas e organizacionais que rebatem sobre a política de saúde, inquietações surgiram nesse processo, moldando a atenção para o debate do trabalho de assistentes sociais.

O **objetivo geral** desta pesquisa consiste em analisar a instrumentalidade do Serviço Social na política de saúde presente na produção do conhecimento das edições do Congresso Brasileiro de Serviço Social (CBAS – 2013-2019), tomando como parâmetro as diretrizes indicadas no Projeto Ético-Político Profissional. Como **objetivos específicos** têm-se: verificar quais as principais demandas instituídas e instituintes direcionadas aos assistentes sociais que atuam nos serviços de saúde; elucidar qual a instrumentalidade prevalente no trabalho de assistentes sociais na política de saúde.

A **questão norteadora** da pesquisa analisa se a produção legal e científica indica que a instrumentalidade prevalente no trabalho de assistentes sociais na área da saúde apresenta articulação com o PEPP.

Como **hipótese de pesquisa**, trabalhou-se com a concepção de que a produção legal e científica denota articulação entre o trabalho de assistentes sociais no campo da saúde e o PEPP, porém de forma intermitente como consequência dos influxos da realidade contraditória sobre o seu trabalho.

Partindo do pressuposto de que o Serviço Social contribui para a formulação e implementação das políticas sociais brasileiras, uma vez que instiga a reflexão acerca da realidade social dos sujeitos e da própria sociedade, pode-se considerar que a profissão ao longo do seu desenvolvimento tem buscado viabilizar o direito à saúde de forma integral e que a defesa do direito social universal é uma prerrogativa do atual Projeto Ético-Político (PEPP).

Por esta razão, elegeu-se as principais resoluções e os pareceres notificados pelo CFESS e pela ABEPSS no período de 2010 a 2020 como instrumentos para a realização de **levantamento documental**, posto que estes configuram-se como entidades representativas da profissão. A opção por incluir o ano de 2020 se deu em virtude da ocorrência da pandemia da Covid-19. Nos termos da **pesquisa bibliográfica sistemática integrativa**, foram selecionados os trabalhos publicados nos anais do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais nas edições de 2013, 2016 e 2019, bem como levantamento bibliográfico das obras de alguns dos principais autores que tratam da temática na profissão.

Os critérios de inclusão foram as obras que versavam sobre o trabalho do assistente social na política de saúde, excluindo-se os trabalhos produzidos com base em outras políticas sociais públicas e/ou que não se voltassem para o debate em torno da instrumentalidade.

A **relevância** da pesquisa é social porque a reflexão acerca da instrumentalidade profissional na política de saúde ampliada permite identificar lacunas, contradições e possibilidades neste trabalho, podendo contribuir no atendimento às demandas impostas, como também no fortalecimento do PEPP; e é também científica porque se soma à produção do conhecimento, fornecendo novos subsídios a partir da sistematização das obras investigadas, instigando reflexões que estimulem estudantes, professores e profissionais sobre a temática, dado que a discussão da instrumentalidade ainda é incipiente na área de saúde. Ademais,

possui relevância acadêmica, pois contribuiu para o aprofundamento teórico-metodológico e a autonomia de pesquisa da pesquisadora, assim como ratifica o instrumento de pesquisa desenvolvido pela orientadora e demais integrantes do SEPSASS para a realização de pesquisa do tipo sistemática (MIRANDA; CAVALCANTI, 2017).

Com a finalidade de responder aos objetivos propostos, a presente dissertação está dividida em três capítulos.

O primeiro capítulo intitulado “A RELAÇÃO ENTRE A INSTRUMENTALIDADE E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL (PEPP) DO SERVIÇO SOCIAL NO TRABALHO NA POLÍTICA DE SAÚDE”, voltado à discussão da instrumentalidade e de aspectos específicos do Serviço Social brasileiro, em que foi realizado um mapeamento das principais orientações formais em consonância com o Projeto Ético-Político Profissional.

O segundo capítulo denominado “CONSTATAÇÕES SOBRE OS ESPAÇOS SÓCIO-OCUPACIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL A PARTIR DAS CONQUISTAS LEGAIS APÓS 1988”, ressaltando o tratamento da saúde como direito social e área de intervenção profissional; ao elencar o que vem sendo demandado aos profissionais nos três níveis de atenção em saúde.

O terceiro capítulo nomeado “ANÁLISE DA PRODUÇÃO INTELECTUAL DA INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE”, inicialmente resgatando o percurso metodológico da pesquisa, mas direcionado à identificação da instrumentalidade predominante na política de saúde, seguindo-se de considerações finais acerca do objeto e dos achados de pesquisa.

CAPÍTULO 1 – A RELAÇÃO ENTRE A INSTRUMENTALIDADE E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL (PEPP) DO SERVIÇO SOCIAL NO TRABALHO NA POLÍTICA DE SAÚDE

Este capítulo tratará do trabalho de assistentes sociais na área da saúde e mapeará as principais orientações formais direcionadas à sua instrumentalidade, sinalizadas no Projeto Ético-Político Profissional, bem como defendidas pelas entidades representativas, ressaltando os aparatos legais que materializam este projeto.

1.1 Apontamentos acerca da instrumentalidade do Serviço Social

O Serviço Social é uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho e, conforme aponta Iamamoto (2015a), é uma especialização do trabalho coletivo, socialmente determinada nos processos sócio históricos da realidade brasileira, atravessada por relações conflituosas que demandam dos profissionais um exercício de mediação.

A ação profissional se volta a descortinar a realidade social na qual se encontra o seu objeto de trabalho, as expressões da “questão social”, de modo a tentar deslindar suas particularidades, o que implica no reconhecimento dos processos sociais que as produzem e reproduzem no cotidiano da vida social.

Assim, como é por meio da instrumentalidade que os profissionais materializam suas intencionalidades e alteram as condições existentes para transformá-las em instrumentos e meios pelos quais objetivam as ações propostas, aquela se configura como uma categoria constitutiva de todo trabalho.

Com base na teoria crítica, Iamamoto (2015b) entende o trabalho como elemento fundante do ser social, atividade pela qual o homem transforma a natureza e a si mesmo para satisfazer suas necessidades, o qual, diante das particularidades da sociedade capitalista, funda-se na contradição das classes sociais e no cerne da riqueza socialmente produzida, mas apropriada de forma privada.

Para Lessa (2016, p. 31), o trabalho é uma categoria social que só existe a partir de um complexo composto por homem, linguagem e sociabilidade. “[...] É a categoria decisiva da autoconstrução humana, da elevação dos homens a níveis

cada vez mais desenvolvidos de socialidade”. Por meio dele, as relações sociais adquirem variedade de atividades direcionadas à satisfação de necessidades que surgem entre os homens, as quais, sob a ordem capitalista, são convertidas em produtoras de mais-valia, posto que todas as relações e coisas tornam-se reféns do fetiche da mercadoria.

O trabalho, como criador de valores-de-uso, como trabalho útil, é indispensável à existência do homem – quaisquer que sejam as formas de sociedade –, é necessidade natural e eterna de efetivar o intercâmbio material entre o homem e a natureza, e portanto, de manter a vida humana. (MARX, 2008, p. 65).

Ademais, nos processos de trabalho, há formas que, mesmo sem produzirem diretamente mais-valia, integram a reprodução ampliada do capital. Neste sentido, ao participar de processos de trabalho diversos, o trabalho de assistentes sociais será moldado de acordo com os objetivos e as condições em que se realiza, mantendo-se funcional à reprodução do sistema, seja em instituições públicas, mediante a execução de políticas e serviços sociais que impactam o processo de reprodução da força de trabalho e são viabilizados a partir da constituição de direitos sociais; seja através da produção de riqueza nos processos de trabalho coletivos, atuando na mediação das relações entre empregador e empregado em empresas privadas (IAMAMOTO, 2015a; 2015b).

Além da instrumentalidade, outra categoria que se manifesta no cotidiano do trabalho é a racionalidade. Ao longo de sua trajetória, o Serviço Social se aproxima de racionalidades orientadas pelas vertentes positivista e fenomenológica até se articular e utilizar o materialismo histórico e dialético, tornando formalmente a teoria marxista como hegemônica, mas não exclusiva.

A razão diz respeito à capacidade intelectual por meio do que se problematiza, compreende, e organiza a realidade social frente aos fatos. As atividades racionais distinguem-se no âmbito da filosofia em dois tipos: intuição e raciocínio; sendo a primeira marcada pela captação do objeto em uma única atividade, e a segunda, permitida após várias tentativas de captura (CHAUÍ, 2011).

O debate da racionalidade é marcado por análises heterogêneas, mas nesta exposição ela é entendida enquanto propriedade da razão, ou capacidade intelectual de retratar com clareza os fatos investigados, daí considerar-se as inferências da racionalidade burguesa à instrumentalidade (GUERRA, 2007).

Guerra (2014) assinala que a razão moderna se edifica na concepção de homem enquanto ser racional, dotado de teleologia, mas que, enquanto categoria intelectual, a racionalidade não se limita ao horizonte teórico das relações sociais, mas cria-se e recria-se na realidade social concreta, opondo-se ao imediatismo.

Netto (1994) considera que a estrutura da racionalidade moderna se baseia na objetividade e na processualidade dinâmica da sociedade, o que demanda um árduo trabalho no campo da reconstrução da consciência humana. Desse modo, pensar a racionalidade e o desenvolvimento do capitalismo, é refletir acerca da imposição posta por essa relação às novas formas de produção e reprodução de bens, serviços e relações sociais como um todo.

Coutinho (1972) afirma que a evolução histórica da racionalidade moderna apresenta um perfil progressista que se direciona à construção de uma racionalidade humanista e dialética. Contudo, os determinantes contraditórios da sociedade capitalista atrelados à influência ideológica da razão burguesa desbordam no processo de subordinação da razão humana à alienação.

Nesses termos, a racionalidade enquanto categoria ontológica incorpora a instrumentalidade, movimentando-se e articulando-se na relação sujeito/objeto.

Beserra (2016) salienta que a instrumentalidade constitui o campo de mediações pelas quais transita a atuação profissional na busca por responder as principais demandas postas à profissão e influenciadas por determinações sociais, políticas, culturais, econômicas e ideológicas referentes a uma sociedade desigual e com interesses opostos, por meio da qual são delineadas suas ações, e definidos os meios e instrumentos para enfrentamento da situação apresentada. Como a racionalidade se constitui por determinações universais e particularidades específicas de determinada ordem societária, o desafio reside contemporaneamente em estabelecer ações vinculadas ao projeto profissional, respaldado por referenciais teórico-metodológicos e princípios ético-políticos, relacionados à defesa dos interesses da classe trabalhadora.

Embora se caracterize como um profissional liberal que dispõe de relativa autonomia, o assistente social não dispõe de todos os meios e das condições necessárias para a efetivação de suas atividades, o que lhe exige a venda de sua capacidade de trabalho, afirmando-se como trabalhador assalariado, inserido em processos de trabalho junto a outras categorias e integrado à classe trabalhadora (IAMAMOTO, 2015a).

Presente nas diversas políticas sociais, seu trabalho é inflexionado no campo da política de saúde pelas marcas históricas que condicionam o seu desenvolvimento, pela cooperação vertical e horizontal, e pelas mudanças tecnológicas, e político-organizacionais que atravessam o Sistema Único de Saúde (COSTA, 2009).

Associadas à formação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, as ações profissionais são realizadas tendo a linguagem como instrumento básico e buscam garantir condições concretas para reconhecimento social da profissão, redirecionando as demandas advindas de outros profissionais, instituições e dos próprios usuários no sentido de construir uma instrumentalidade emancipatória, condizente com o atual PEPP. Disto reside a importância do debate acerca da instrumentalidade no âmbito do Serviço Social, imprescindível para a autorreflexão de seu trabalho e até mesmo para a (re)construção de sua imagem social, explorando e aprofundando a temática e a desvencilhando de polêmicas que a reduzem a questões relativas à instrumentação técnica.

Segundo Guerra¹ (2007, p. 1), a instrumentalidade diz respeito a “[...] uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva da profissão, construída e reconstruída no processo sócio-histórico”, cujo movimento dinâmico permite entendê-la diretamente vinculada àquilo que se constrói e também que se requer do assistente social ao serem estabelecidos objetivos profissionais, posto que ela sofre os impactos de condições objetivas – relacionadas à realidade e à produção material da sociedade – e subjetivas – relativas aos sujeitos individual ou coletivamente –.

Neste sentido, a instrumentalidade não pode ser compreendida como mero sinônimo da junção entre instrumentos e técnicas, uma vez que, integrando a dimensão técnico-operativa, toma os instrumentais como meios que possibilitam a efetivação dos fins da profissão e é por este caráter relacional que não se realizam de forma isolada e demandam dialética.

É por isto que a concepção de instrumentalidade pensada a partir da análise crítico-dialética, ultrapassa a visão que a restringe à dimensão técnico-instrumental, e, por suposto, o projeto profissional à dimensão prático-operativa, já que sustenta a perspectiva da totalidade ao atribui-la ao conjunto de mediações que perpassam as relações sociais capitalistas (GUERRA, 2014).

¹ O destaque à autora Yolanda Guerra e seus estudos se dá pelo fato de ter sido esta quem dá início ao engendramento do debate da instrumentalidade com maior ressonância na profissão, no Brasil.

Destacar a instrumentalidade como mediação é contrapor-la àquela redução que pode corroborar equívocos sobre o que faz o Serviço Social, a qual permanece dando à profissão a impressão de que seu trabalho padece de especificidades, podendo ser realizado por qualquer pessoa.

É como mediação que a instrumentalidade conflui para a materialização dialética das três dimensões que constituem a formação e o trabalho profissional: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, gerando a capacidade de composição de um fazer profissional mais crítico e propositivo ou mesmo um “vir a ser” (GUERRA, 2016, p. 301) que exige essa relação.

A dimensão teórico-metodológica consiste na capacidade profissional para apreender método e teorias e incorporá-las em seu trabalho; a dimensão ético-política confere grau de qualificação aos princípios e valores que norteiam a intervenção profissional e a busca por um novo projeto societário; e a dimensão técnico-operativa articula instrumentos e técnicas para materializar objetivos e finalidades pensados para responder as demandas que chegam aos espaços sócio ocupacionais (GUERRA, 2014).

Na medida em que os profissionais utilizam as condições objetivas e subjetivas existentes para concretizar suas intencionalidades, conferem instrumentalidade as suas ações. A utilidade social de uma profissão se dá por meio das necessidades sociais que, sob a lógica do capital, apresentam perfil distinto e antagônico. Assim, a utilidade social do Serviço Social se materializa na necessidade de responder as demandas polarizadas das classes sociais, através de mediações introduzidas em sua ação.

Para Guerra (2014), em se tratando da utilidade social do Serviço Social vinculada às políticas sociais, a instrumentalidade pode ser pensada como uma condição sócio histórica da profissão, em três níveis distintos: 1) da instrumentalidade do Serviço Social face ao projeto burguês – no que se refere à conversão da profissão em instrumento de manutenção da ordem burguesa, posicionando-se a serviço do projeto reformista que prima pela reprodução das relações capitalistas de produção; 2) da instrumentalidade das respostas profissionais – configurando a particularidade operatória e o instrumental-operativo das respostas profissionais frente às demandas das classes, nível em que ascende o debate do reconhecimento social da profissão –; e 3) da instrumentalidade como condição de mediação – o que consiste num espaço de construção e reconstrução

que objetive transformar as ações do plano intencional em práticas críticas e competentes, uma vez que a instrumentalidade enquanto particularidade é campo de mediação.

Ao tomar por suposto a vinculação entre instrumentalidade e categoria racionalidade, Guerra (2014) destaca duas racionalidades predominantes na trajetória do Serviço Social: a instrumental e a dialética.

A razão instrumental é subordinada e funcional à reprodução social da ordem burguesa ao resgatar ações pragmáticas e imediatistas; enquanto que a razão dialética apresenta um caráter emancipatório ao buscar a essência dos fenômenos, fazendo uso de categorias como totalidade e mediação, o que permite compreender a instrumentalidade como mediação, através da articulação da tríade categorial: universalidade, particularidade e singularidade, que fornece elementos indispensáveis para o rompimento da superficialidade e apreensão da realidade social (GUERRA, 2014; BESERRA, 2016).

Guerra (2014) considera a existência de um dilema intelectual que acompanha a trajetória da profissão desde os anos 1970 e que se fundamenta na mitificação do como fazer profissional, o qual aponta o Serviço Social como uma disciplina do conhecimento de cunho racionalista, que trata de forma peculiar a relação teoria e prática, incluindo-se o movimento teórico-metodológico atrelado a leituras equivocadas que apontam para uma dicotomia nessa relação, inclusive requisitando a inversão da sua direção: da prática à teoria.

Ao discorrer acerca de três principais tendências identificadas no interior da profissão, relativas à aplicação da teoria na profissão, Guerra (2014), assinala: 1) a prática como fundamento das suas ações, concebendo as teorias como construções abstratas e que estão em segundo plano no campo prático, onde são realizados os procedimentos de determinação dos instrumentos utilizados; 2) as construções teóricas são determinantes da prática, sendo a teoria uma condição obrigatória para realizar os processos de intervenções, tendo-a como expressão concreta da realidade; 3) as teorias são reconhecidas como processos de reconstrução da realidade, e utilizadas como elemento de aproximação da realidade e vinculadas a determinados projetos de sociedade.

Embora as três tendências se revelem de maneira híbrida, apresentam em comum a abordagem da teoria atrelada à prática profissional, sob o viés de

perspectivas, limites e continuidades, com o intuito de utilizar a primeira como instrumento de mediação que se manifesta nos subsídios da segunda.

Considerando-se a fundamentação do Projeto Ético-Político Profissional (PEPP) na teoria marxista, ao reportar-se ao debate de sua concretização no trabalho de assistentes sociais na política de saúde, aqui se considera a instrumentalidade enquanto mediação no processo de materialização dos princípios e valores que orientam tal projeto, cujos fins emancipatórios tornam-se ainda mais desafiadores em uma conjuntura marcada pela retração dos direitos sociais e pelo avanço do setor privado.

No próximo tópico, serão abordadas as reflexões que primam pela articulação do debate do trabalho de assistentes sociais na saúde a partir das orientações do Projeto Ético-Político Profissional.

1.2 Manifestações do limiar entre a ideação e a materialização do PEPP a partir do resgate de algumas das principais obras voltadas ao trabalho de assistentes sociais na política de saúde

Consolidado na década de 1990, mas ainda em processamento atualmente (NETTO, 1999), o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social brasileiro resulta de conquistas alcançadas pelo engajamento coletivo de segmentos expressivos da categoria profissional, notadamente na transição da década de 1970 para 1980, com a perspectiva de “intenção de ruptura”, apresentando como marco o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS/1979).

Ainda que sua construção se dê no processo de amadurecimento teórico, político e cultural profissional, as raízes dessa perspectiva remontam aos anos 1950, a partir de sua articulação ao Movimento de Reconceitualização Latino-Americano e da erosão do tradicionalismo com suas primeiras indicações de crise. Contudo, sua direção é modificada pelo golpe ditatorial de 1964 que precipita o processo renovador do Serviço Social brasileiro.

Destacam-se entre os acontecimentos marcantes no engendramento do processo que leva ao PEPP: a laicização da formação e a abertura dos cursos de Serviço Social em Universidades públicas que possibilita a aproximação com as discussões das Ciências Sociais, o acúmulo intelectual e a formação da “massa

crítica”; a heterogeneização profissional e a ressignificação de práticas profissionais “tradicionais” instigada pelo redimensionamento da formação e dos espaços institucionais iniciado no período autocrático com a necessidade de maior racionalização do Estado e tecnificação da profissão; a criação dos cursos de pós-graduação em Serviço Social; a crise e a derrocada da autocracia burguesa, possibilitando a conquista da democracia civil e política; as aspirações democráticas e populares, aproximando o Serviço Social de projetos societários relacionados ao novo sindicalismo, aos movimentos sociais e aos interesses da classe trabalhadora em geral (NETTO, 2009).

A emersão de espaços de pós-graduação data dos anos 1970, e aponta para o início da produção de conhecimento científico na área do Serviço Social, assim como para o acúmulo teórico da categoria, tornando-a ao longo dos anos, uma protagonista na produção do conhecimento, superando sua subordinação intelectual.

Se as raízes da “intenção de ruptura” vinculam-se aos vetores da crise que operavam no enfraquecimento do tradicionalismo, as que explicam o PEPP centram-se no processo de recusa e crítica ao conservadorismo profissional que se recicla historicamente, cuja ruptura encontra espaços no contexto de luta pela redemocratização e se fundamenta teoricamente no legado marxiano (NETTO, 2009), ao buscar estabelecer uma direção sociopolítica estratégica à profissão alinhada aos interesses da classe trabalhadora e em função da construção de uma nova ordem societária, expressando “[...] o horizonte da profissão do ponto de vista de sua utilidade social (teleologia) vinculada à sua perspectiva projetiva estratégica (ontologia).” (ABRAMIDES, 2006, p. 1).

A consolidação do PEPP nos anos 1990 resulta de uma construção processual, impulsionada pela ligação entre o Serviço Social e a realidade que o explica, o qual, alicerçado na teoria social crítica, é composto pela integração entre o Código de Ética Profissional de 1993, a Lei que regulamenta a profissão (nº 8.662/1993) e as Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS/1996). Disto resulta que o trabalho do Serviço Social passa a atuar amparado por um conjunto de valores, princípios, diretrizes e regulamentos teórico-metodológicos e ético-políticos.

De modo geral, o Código de Ética Profissional de 1993 reúne um conjunto de princípios, deveres, direitos, valores e proibições que orientam o exercício

profissional e direcionam as ações à defesa da efetivação dos direitos sociais e da liberdade como valor central. A lei que regulamenta a profissão é um instrumento legal voltado ao reconhecimento técnico e político da profissão, reunindo a parte normativa que a legitima em função da materialização do PEPP. As Diretrizes Curriculares apresentam uma base comum para a formação de profissionais, reforçando a importância da pesquisa e da ética na formação, com ensino e aprendizagem baseados na dinâmica da vida social (ABRAMIDES, 2006).

Para Guimarães e Neiva (2015), a unificação desses três documentos expressa o redimensionamento da direção social, posto que declara a escolha ético-política e teórico-metodológica adotada pela profissão.

Todavia, a despeito do amadurecimento da profissão de Serviço Social e do estabelecimento do PEPP relacionado à teoria marxista, sua materialidade ainda é qualitativamente questionável, postas as lacunas relativas à compreensão da direção social assumida pela profissão, muitas vezes desencadeadas pela percepção enviesada que parcela da categoria tem do marxismo e pela reprodução de elementos conservadores que historicamente persistem no interior da profissão (MOREIRA, 2006).

A teoria social marxista apresenta um rigoroso trato teórico e histórico que demanda de seus interlocutores a adoção de uma postura crítica e investigativa, na perspectiva da totalidade, considerando a complexidade que permeia a realidade. Todavia, a unidade dialética exigida que enseja correlação permanente entre teoria e prática é apropriada equivocadamente (XAVIER; MIOTO, 2014), ao partir de uma compreensão da teoria como diretamente acionável ou reduzida por transmutação enquanto concretização da prática, enfraquecendo o sentido real desta conexão pela simplificação da teoria em método e deste em metodologias e/ou técnicas.

As tendências identificadas nas três dimensões da profissão: formação, política e de exercício profissional; auxiliam na compreensão do movimento sócio histórico do Serviço Social na área da saúde. Conforme levantamento bibliográfico das temáticas do Projeto de Reforma Sanitária Brasileira (PRSB) e do PEPP, no âmbito da formação, a literatura revela a dificuldade de manutenção e fortalecimento do PRSB, bem como de sua articulação com o PEPP, ambos em uma direção oposta aos ditames do ideário econômico assumido no país. Na dimensão política, embora se observe o apoio das principais entidades representativas da categoria na defesa das políticas sociais, estes espaços ainda não são devidamente apropriados

e mobilizados por muitos profissionais. Já no exercício profissional, nota-se dissintonia entre a autoimagem e a imagem social da profissão, sobretudo no que concerne às demandas institucionais.

Em obras de autores de referência do Serviço Social que discutem a temática da saúde, tais como Bravo e Matos (2009), Bravo (2009), Costa (2009), Krüger (2010) e Vasconcelos (2012), observa-se um debate direcionado à necessidade de fortalecimento do projeto de “intenção de ruptura” para que o processo de recusa ao Serviço Social “tradicional” se consolide e permita o avanço do PEPP na prática profissional, uma vez que identificam no campo prático obstáculos objetivos e subjetivos para o desenvolvimento das ações previstas idealmente.

Para a articulação entre o PEPP e o PRSB, Bravo e Matos (2009, p. 213) destacam que o trabalho tem como elemento central “[...] a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão”, urgindo superar questões como a manutenção do modelo médico-hegemônico, da resistência ao trabalho multiprofissional e à intersectorialidade e descentralização nos serviços de saúde.

Porém, na saúde não existe apenas um projeto em andamento, coexistindo três projetos principais, quais sejam: 1) PRSB; 2) “Terceira Via” ou “Reforma Sanitária Flexível”; 3) subordinação do SUS ao mercado pelo esvaziamento da universalidade do direito (BRAVO, 2009; OLIVEIRA; KRÜGER, 2018; BRAVO; PELAEZ, 2020). Tal coexistência gera tensões e conflitos no binômio universalidade/privatização em disputa pela direção hegemônica do setor de saúde, o que se desdobra sobre o trabalho de assistentes sociais, sobretudo no campo dos direitos reprimidos (BRAVO, 2009).

A tendência à perspectiva mais democrática é impulsionada pelo Movimento da Reforma Sanitária, cujas bases teóricas que fundamentam a construção do projeto da Reforma Sanitária Brasileira encontram solo fértil no movimento pela democratização da saúde que, entre as décadas de 1970 e 1980 apontam para um paradigma alternativo em saúde coletiva que prima pela centralidade das análises, no que se refere aos determinantes sociais nos processos de doença e de trabalho em saúde.

São discussões relacionadas a um projeto de sociedade mais amplo e que por esta mesma razão, encontra entre as forças que detêm o poder ideológico e

econômico os principais vetores de resistência, em um país atravessado por golpes ditatoriais, de uma cidadania incompleta, com uma seguridade sem base financeira autossuficiente e uma população majoritariamente explorada e em situação de insegurança alimentar, de renda, trabalho, educação, cultura, habitação, com níveis baixos de acesso a itens básicos de infraestrutura como saneamento, iluminação, acesso à água potável, a transporte coletivo de qualidade e com preço justo, rebaixamento salarial constante, dentre outras muitas questões.

Se é certo que a adoção do ideário neoliberal cronifica estas questões econômico-sociais e em todas as esferas da vida humana e mesmo ambiental e animal, não se pode crer que é ela quem inaugura esta realidade que é histórica, desde o Brasil colônia. A tradição estatal é de cobrança de impostos altos, sem a respectiva proporção em investimentos na área pública, tornada tal disparidade ainda mais difícil de ser administrada quando enfatiza-se a minimização dos Estados na área social e aumento dos investimentos e/ou subsídios ao mercado.

A incapacidade de implantar um modelo integral de atenção à saúde, de reversão da predominância do modelo curativo para um modelo preventivo, a incapacidade das melhorias na gestão do sistema gerar melhorias correspondentes na gestão das unidades, a falta de uma renovação ética nos profissionais do sistema de saúde, a dependência de insumos e medicamentos cujos preços e condições de produção por grandes empresas multinacionais fogem ao controle dos Estados nacionais, e muitos outros mais, são desafios presentes no momento atual da reforma sanitária. (FLEURY, 2009, p. 751).

Com o aumento do empobrecimento e a vulnerabilidade da classe trabalhadora, reduz-se a sua organização política e, por conseguinte, fragiliza-se o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e sua base social, perdendo a organicidade com setores populares.

Fleury (2009) considera que a construção e concretização do projeto da Reforma Sanitária ocorrem através de três processos: subjetivação, referente à organização dos sujeitos políticos, sendo esses entendidos como atores sociais; constitucionalização, abarcando a garantia dos direitos sociais enquanto direitos de cidadania; e a institucionalização, reunindo todo o aparato institucional responsável por implementar a política de saúde. Entretanto, torna-se mais contundente a percepção de que os dois primeiros processos estão cada dia mais reduzidos, enquanto o terceiro é refreado.

Paim (2008) chama atenção para o aprisionamento da Reforma Sanitária aos limites de uma reforma administrativa setorial em que à lei fica a responsabilidade de organizar todo sistema de saúde. O autor alerta sobre o risco provocado pelo afunilamento das bases financeiras e políticas, visto que tal ação poderá defrontar-se com os segmentos populacionais.

Observa-se com clareza na atualidade que o SUS distancia-se cada vez mais do seu teor emancipatório e que a retórica da Reforma Sanitária se encontra recuada ao reunir limitados propósitos políticos. A agenda de luta do movimento sanitário se encontra atrofiada e a idealização de um sistema de saúde como parte de um projeto maior de sociedade, exaurida.

Tais determinações não podem ser destacadas do exercício profissional de assistentes sociais, pois ele não se desenvolve de forma independente, integrando o trabalho coletivo em saúde, onde aqueles desdobramentos se fortalecem pelo fato de ainda haver espaços que provocam práticas reiterativas e burocráticas, executadas muitas vezes ainda de maneira subsidiária, em virtude da histórica hierarquia presente entre profissões, setores e serviços, com ênfase na centralidade médica e no atendimento hospitalar e/ou com alta incorporação de tecnologia (COSTA, 2009). Mister asseverar que, apesar das muitas constrictões, o Serviço Social vem garantindo espaços de atuação, legitimando a função social que o vincula ao conjunto da classe trabalhadora.

Ao longo da trajetória da montagem e reorganização da política de saúde, os assistentes sociais são incorporados progressivamente nos diversos espaços abertos, a partir da ampliação de necessidades objetivas de usuários e instituições contratantes e gradativamente legitimam sua função social ao passo em que redefinem suas ações, de modo a concatenar-se às mudanças de cunho organizacional e político estabelecidas no sistema público e no subsistema privado de saúde.

Destarte, se os fundamentos do PEPP ratificam os princípios do SUS e do PRSB, as contradições que marcam o processo de implementação e reestruturação do SUS e a crescente fragilização dos princípios de universalidade e equidade culminam na carência da oferta de serviços, adensando a desconexão entre as necessidades dos usuários e a forma de organização dos serviços, impelindo que um número cada vez maior de usuários recorra ao setor como um ponto de apoio para responder as suas questões imediatas e mediatas, através de ações que

incidam sobre as demandas reprimidas e viabilizem o direito ao acesso à saúde (COSTA, 2009).

O engajamento da categoria, a organização política e o exercício da criticidade frente à realidade social em que atuam são fatores indispensáveis para a construção de ações que fortaleçam o PEPP, todavia, há que se salientar que a sua materialização não depende exclusivamente da qualificação e do compromisso dos profissionais individualmente, mas da categoria como um todo, sem que se ignore que as condições em que a política se materializa podem restringi-la, o que torna sua efetivação um dos maiores desafios enfrentados pela categoria na prática profissional cotidiana (MOREIRA, 2006).

Vasconcelos (2012) considera que a efetivação do PEPP só tem condições objetivas para viabilizar-se diante de um cenário que enfrente a dicotomia presente no discurso da teoria versus prática, reiterando a relevância da articulação dialética entre universidade e espaço profissional, de modo a superar as lacunas existentes entre os espaços.

Em vista disso, apesar dos princípios e valores contidos no PEPP serem fundamentados pela base teórico-metodológica que direciona formação e intervenção profissional, aqueles não são hegemônicos no campo prático, devido a dois aspectos principais: primeiro, porque grande parte da categoria desconhece esses elementos, e assim não executa ações condizentes com as mediações necessárias para efetivá-los, e, segundo, porque o projeto profissional convive com tendências teórico-políticas divergentes que tanto podem correlacionar conceitos ecleticamente – enfraquecendo o pluralismo –, quanto podem se confrontar com a concepção hegemônica da defesa da direção social assumida pelo PEPP (VASCONCELOS, 2012).

Guimarães e Neiva (2015) esclarecem que se a hegemonia do PEPP decorre da aceitação e legitimidade alcançada perante a maioria da categoria, isto não deve nem levar a crer que sua apreensão é homogênea, dado que a categoria é composta por unidades plurais que reúnem diversos projetos em disputa, nem tampouco que o fato de não ser exclusiva permita desconsiderar sua influência perante a direção social assumida pela profissão, como se pode levar a crer pelos que a criticam.

A não homogeneidade do PEPP advém do fato de que sua adoção não implica em desaparecimento da influência do conservadorismo sobre a profissão, e

da falta de desenvolvimento de suas possibilidades, incluindo-se a ausência “[...] no domínio dos indicativos para a orientação de modalidades de práticas profissionais”. (NETTO, 2009, p. 156).

A rearticulação das forças conservadoras e os desdobramentos conjunturais decorrentes do avanço da ofensiva neoliberal se somam a não apropriação do debate teórico-político do projeto por grande parte da categoria e geram dificuldade no traçado de ações concretas, condizentes com o PEPP (MOREIRA, 2006).

Relacionada à supramencionada questão da dialética teoria e prática (VASCONCELOS, 2012), Moreira (2006) destaca o papel (não exclusivo) da formação para a efetivação do PEPP, a qual evidencia o papel das Universidades no processo informativo e formativo (CARDOSO, 2016), interligada à formação política e cultural que capacite os profissionais para leituras macroscópicas da realidade social (IAMAMOTO, 2015a; NETTO, 2011), como “[...] possibilidade objetiva de superação do *ethos* tradicional do Serviço Social [...]” (MOREIRA, 2006, p. 108).

Além do campo da formação, não se pode descuidar as constrições oriundas das novas investidas do capital e sofridas pela política de saúde e, conseqüentemente, pelos profissionais nos seus cotidianos de trabalho para garantir que os princípios básicos do Código de Ética sejam cumpridos.

Dentre essas dificuldades, destacam-se: a sobrecarga de demandas que não condizem com o quantitativo de profissionais à frente dos serviços, o que afeta a qualidade dos atendimentos que podem assumir um perfil pontual e focalizado; o aumento da precarização do vínculo empregatício como consequência das mudanças no mundo do trabalho, submetendo os profissionais a jornadas longas e exaustivas de trabalho, ao rebaixamento salarial e à precarização das condições de trabalho, respaldada pela terceirização e a exigência do alcance de metas quantitativas, o que aumenta a competitividade entre a equipe e processos de adoecimento (TEIXEIRA, 2012).

Neste sentido, o movimento de reafirmação do PEPP transita no mesmo espaço da instrumentalidade profissional, visto que esta é a responsável pela mediação que o implementa no campo prático.

Mendonça (2007) questiona-se quanto à atribuição que é feita à capacidade dos assistentes sociais de transformarem a realidade em resposta aos valores e princípios que a determinam, sem considerar a existência de determinações objetivas e subjetivas que se processam em sua dinâmica, o que responsabiliza a

profissão pela construção de uma hegemonia que possa representar o projeto coletivo da sociedade (RAMOS, 2005).

Tal tendência, decorre da incompreensão conceitual das dimensões dos projetos coletivos/profissionais e dos de classe/societários, provocando uma fetichização dos primeiros (MENDONÇA, 2007). Assim, os projetos coletivos/profissionais vinculam-se a determinados projetos societários que expressam uma imagem de sociedade que se almeja construir. Apesar dos projetos societários abarcarem projetos coletivos, não se pode reduzir um ao outro, posto que os projetos societários são projetos macroscópicos, com nível superior de amplitude quando comparados aos projetos coletivos (NETTO, 2009).

Para que os projetos profissionais se realizem e se legitimem perante a sociedade, demandam organização coletiva da categoria profissional, mas como expressam movimentos de tensões e lutas, sua consolidação não garante, *de per si*, a supressão das divergências internas, logo, mesmo quando hegemônicos, não podem ser considerados exclusivos.

No plano da imediaticidade, a relação estabelecida entre os projetos profissional e societário conjectura um movimento de resistência que se coloca em oposição as ideias propagadas pelo neoliberalismo, inclusive pressupondo no interior da organização sócio profissional posicionamentos autônomos e desvinculados de pautas partidárias (ABRAMIDES, 2006). Segundo Iamamoto (2013), a dimensão política da prática profissional não pode ser reduzida à militância político-partidária, uma vez que a atuação é polarizada por estratégias de classes e encontra-se inserida num espaço de impasses políticos.

As dificuldades internas para compreensão e domínio da teoria crítico-dialética se justapõem às externas relativas ao que faz o Serviço Social, à imagem social ligada a “fazer o bem” ainda presente em alguns espaços (VASCONCELOS, 2012), e à linha tênue que separa o trabalho do Serviço Social de ações caritativas, o que pode gerar propagação de visão turva da profissão (BRANDÃO, 2007) e posturas profissionais contraditórias que colidem com o PEPP e negam a crítica que vem sendo feita à sociabilidade vigente (VASCONCELOS, 2012), exigindo maior transparência sobre as atribuições e as competências profissionais como forma de legitimar a profissão.

De acordo com Bravo e Matos (2009), cabe ao Serviço Social na área da saúde a formulação de estratégias que possibilitem a efetivação do direito à saúde

e, para que o trabalho esteja em conformidade com o PEPP, exige-se sua articulação com o Projeto da Reforma Sanitária, e o diálogo com os objetivos propostos pelo movimento de reafirmação do SUS.

Paradoxalmente, as tensões do SUS contribuem para a ampliação de ações mais qualificadas, dentre as quais destaca: “[...] ações de caráter emergencial assistencial, educação, informação e comunicação em saúde, planejamento e assessoria e mobilização e participação social”. (COSTA, 2009, p. 315-316).

Tais ações são operacionalizadas por núcleos de objetivação da intervenção profissional, a exemplo de levantamentos de dados, orientações de rotina, encaminhamentos; e se desenvolvem em processos de atendimentos diretos aos usuários ou via articulação com demais setores e profissionais da área.

Vasconcelos (2012) aponta como principais atividades desempenhadas pelos assistentes sociais na área da saúde: realização de entrevistas, palestras e reuniões, com ênfase na educação em saúde, sendo essas desenvolvidas em grupos, individualmente, mensais ou semanais; socialização de informações acerca dos direitos sociais; supervisão de alunos em estágio; orientação de alta, remoção de usuários e participação na comunicação de óbito.

Contudo, a estrutura vigente nas unidades de saúde contraria os direitos dos usuários, dado que os individualizam na organização da oferta do atendimento, dificultando a circulação das informações entre eles, o conhecimento da rede e dos espaços de participação.

A rotina de trabalho de assistentes sociais no campo da saúde caracteriza-se pela apreensão de demandas explícitas ou implícitas e pelos meios através dos quais são traçadas as estratégias de resolução, de modo a priorizar ações de prevenção e promoção em saúde. Sumariamente, em cada nível de atenção em saúde, as ações do Serviço Social variam, porém, em sua maioria atendem a uma mesma rotina: escutar usuários para levantamento de demandas e realizar encaminhamentos e orientações com base no que elas requerem e estão ao controle de sua intervenção.

Sendo assim, entende-se que o debate que perpassa a materialidade do PEPP é desafiador, sobretudo pelas complexidades teórica e histórica que o próprio tema revela, mas que sua abordagem e reflexão constituem-se como estratégias de ampliação e qualificação das propostas para a prática profissional e o afastamento de ações alienantes.

A qualificação de ações que estimulem novas maneiras de implementação da prática profissional é tarefa urgente, posto que permite à categoria a ampliação das análises, a divulgação das atividades, a identificação de práticas contraditórias, bem como o estreitamento dos vínculos com os setores mais progressistas da sociedade, no intuito de reafirmar o compromisso com os interesses da classe trabalhadora. Neste sentido, no tópico a seguir, buscar-se-á refinar o debate ao traçar as orientações prestadas pelas entidades representativas e fazer um contraponto com as práticas psicoterapêuticas.

1.3 Orientações do CFESS e da ABEPSS para um trabalho em saúde na direção social do PEPP

Ao longo dos últimos 85 anos do Serviço Social brasileiro, identifica-se no seu interior um processo permanente de renovação teórico-metodológica e ético-política no intuito de responder às demandas ora contemporâneas da sociedade capitalista e desde os anos 1990, destaca-se cada vez mais pelo compromisso firmado com o projeto da classe trabalhadora e em defesa dos direitos sociais, a partir de um projeto profissional que propõe uma nova ordem societária (CFESS, 2011; ABRAMIDES, 2019).

Neste sentido, demanda a construção de mediações teórico-práticas e ético-políticas capazes de expressar as diversas dimensões da vida cotidiana e contribuir no enfrentamento à reprodução da desigualdade social para a materialização da direção social assumida que se revela nos instrumentos normativos e aponta para a “[...] a plena realização dos indivíduos sociais e de novos valores.” (CFESS, 2011, p. 2).

Segundo Martinelli (2011), a postura ético-política dos assistentes sociais é condição crucial para a execução de um trabalho crítico e competente, uma vez que transita na área dos valores, em busca do reconhecimento dos sujeitos nas suas múltiplas necessidades humanas (caráter ético), na medida em que relaciona essas necessidades ao campo individual e/ou coletivo, objetivando contribuir com o alcance da emancipação destes (caráter político).

Se isto evidencia que a ética é o elemento central que garante a fundamentação valorativa da intervenção profissional, também clarifica que o PEPP

não prescinde da política para consolidar-se no campo prático, exigindo interação entre as duas dimensões que são consolidadas a partir do dever de materializá-las por profissionais e entidades organizativas e representativas da categoria, através dos instrumentos normativos elaborados em conjunto, e em contradição com as determinações que recaem sobre a profissão (CFESS, 2011).

O contínuo processo de reafirmação dos princípios estabelecidos no PEPP tem se constituído em tarefa primária das entidades representativas da profissão, leia-se: conjunto CFESS/CRESS, ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social) e ENESSO (Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social), reafirmando o entendimento de que as ações profissionais são permeadas por estratégias de classes, logo, envolvem caráter político que excede intenções meramente individuais e evidenciam a influência das determinações sociais da realidade em questão.

Os profissionais do Serviço Social lidam diariamente com violações de direitos sofridas por usuários nos diversos espaços de implementação das políticas sociais que representam conquistas da luta histórica da classe trabalhadora em busca do seu reconhecimento de classe, de direitos e de respostas do aparelho estatal para as mais variadas expressões da “questão social”.

Por isto é preciso romper com a linearidade presente na análise das políticas sociais e dos espaços de atuação, visto que são as estratégias de enfrentamento do capital perante suas crises de acumulação ampliada que redesenham de forma agressiva as manifestações da “questão social”. Nesses termos, no âmbito da implementação das políticas sociais, há um jogo complexo de conflitos e tensões que demandam respostas através dos movimentos de resistência em defesa dos direitos sociais (RAICHELIS, 2010).

Na pauta dos debates coletivos sobre as atribuições profissionais e os desafios enfrentados para garantir a materialização da direção social do projeto profissional, ganha destaque o campo da formação profissional, a partir dos questionamentos diante da discrepância entre os processos de contrarreforma do Estado neoliberal, as exigências do mercado de trabalho e o perfil profissional formado, cujo “tensionamento [...] aparece traduzido no questionamento acerca das condições objetivas do exercício profissional em consonância com o PEP.” (ABEPSS, 2018, p. 7).

No âmbito da política de saúde e diante de todos os processos de sucateamento e privatização do sistema público, os quais se concretizam na falta de condições objetivas decorrentes de exigências institucionais de cunho tecnicista, burocrático e imediatista, construir respostas profissionais alinhadas às diretrizes do projeto profissional tem sido desafiador, mas não têm impedido a construção de estratégias de intervenção que superem as limitações e facilitem o acesso.

Historicamente, o CFESS tem defendido a participação de assistentes sociais nos espaços democráticos e a socialização da política de saúde, em consonância com as bandeiras de luta e deliberações estabelecidas após dialogar com os CRESS. Em conjunto, as entidades têm reafirmado seu posicionamento contra a privatização da saúde, as contrarreformas e as ações de desfinanciamento das políticas sociais, reforçando estratégias de fortalecimento do sistema público, gratuito e universal, bem como a defesa das condições éticas e técnicas do exercício profissional.

Nesta perspectiva está a representação do CFESS no Conselho Nacional de Saúde (CNS), enquanto espaço decisório, que permite articulações com diversos segmentos da sociedade civil, de modo a somar novas experiências com as forças sociais que também defendem a radicalidade democrática. Ademais, o fortalecimento da democracia participativa é traduzido pelas representações da categoria nos Conselhos e Fóruns em defesa dos direitos sociais e aponta para a necessidade de se manter o elo entre categoria e sociedade.

Para Ramos (2005), a *práxis* política executada pelas entidades representativas constitui mecanismo indispensável à manutenção do PEPP, possibilitando espaços de debates teórico-políticos quem vêm desmascarando as contradições da sociedade capitalista contemporânea, mas não sem enfrentamentos e disputas internos à categoria e aos seus objetivos e projetos (MOREIRA; CAPUTI, 2016).

Destarte, do ponto de vista dos desafios postos pelo recrudescimento do projeto neoliberal na sociedade brasileira, sobretudo no intenso movimento de destruição, desconstrução e desmobilização, o Código de Ética Profissional (CEP) segue inteiramente atual e necessário ao respaldar a categoria na construção de estratégias de enfrentamento à banalização da vida humana pregada pelos segmentos mais conservadores da sociedade capitalista (SANTOS, 2010).

Na área da saúde, por tratar-se de um espaço em que valores humanos aparecem expressivamente, sobretudo pelo tratamento da vida em suas múltiplas dimensões, os princípios do PEPP direcionam a prática profissional para a sistematização e efetivação de ações democráticas condizentes com as necessidades sociais e de saúde dos indivíduos, buscando assegurar um atendimento justo, eficaz e que respeite os princípios de cidadania, distanciando-se de práticas fragmentadoras dos serviços, de caráter pragmático e que suprimem os direitos sociais (MARTINELLI, 2011).

Entre os marcos formais e normativos da profissão, estão os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, elaborado pelo coletivo da categoria e promulgado pelo CFESS como referência para o trabalho e o reconhecimento dos usuários como sujeitos de direitos, e guiado pelos PRSB e PEPP, mas que ainda é desconhecido ou ignorado por muitos profissionais que atuam nessa política.

Outrossim, reitera-se o compromisso com a qualidade dos serviços prestados ao buscar revelar o caráter interligado e complementar das ações nos três níveis de atenção em saúde. Dessa forma, procura-se expressar a totalidade das ações executadas a fim de garantir a defesa da concepção ampliada de saúde e assegurar os princípios da integralidade, intersetorialidade e universalização (CFESS, 2010).

Nessa perspectiva, Iamamoto (2014) ressalta que os profissionais em atuação devem exercitar sua capacidade crítica e propositiva ao elaborar projetos de intervenção e estratégias de negociação com as instituições, exigindo-lhes ir além das rotinas institucionais e estabelecer as devidas mediações.

De acordo com Sousa *et al* (2013, p. 8) e em consonância com a ABEPSS:

[...] a intervenção profissional deve seguir uma perspectiva crítica da realidade para, assim, identificar as condições materiais de vida que perpassam os determinantes socioeconômicos e culturais das desigualdades sociais, possibilitando ao assistente social criar respostas coesas tanto ao Estado como a sociedade civil, trabalhando na elaboração de estratégias para o enfrentamento das várias formas de repressão do Estado tanto em seu exercício profissional como sobre a sociedade [...].

Sendo assim, a ABEPSS – entidade nacional responsável pela organização acadêmica dos cursos de Serviço Social – reitera o seu compromisso com a garantia

de uma formação profissional de qualidade e em conformidade com os princípios teórico-metodológicos e ético-políticos que norteiam a profissão. Para isso, posiciona-se em oposição à subordinação da educação pública à lógica capitalista rentista como forma de criar espaços de resistência que combatam o avanço da mercantilização e privatização do ensino superior.

As Diretrizes Curriculares aprovadas em Assembleia Geral da ABEPSS, no ano de 1996, mantêm interlocução crítica com o currículo de 1982, buscando preservar os principais avanços e romper com as lacunas persistentes, de modo a refletir o compromisso social e político firmado com a classe trabalhadora e em defesa dos direitos sociais arduamente conquistados (ABRAMIDES, 2019).

A ABEPSS vem realizando inúmeras campanhas com o objetivo de reafirmar o conteúdo exposto nas Diretrizes Curriculares e fortalecer os princípios contidos no Código de Ética. Em 2019, a campanha intitulada: “Formação com qualidade é Educação com direitos para você! Graduação em Serviço Social: só se for legal, crítica e ética”, objetiva reafirmar a necessidade de discentes buscarem ingressar nas instituições de ensino superior reconhecidas pelo Ministério da Educação (MEC) e terem acesso a uma formação condizente com as diretrizes pedagógicas das Resoluções CNE/CES nº 15/2002 e nº 2/2007. Estas dispõem sobre o estabelecimento das diretrizes curriculares para os cursos de Serviço Social e sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial, respectivamente.

As Diretrizes da ABEPSS reúnem um conjunto de conhecimentos indissociáveis, traduzidos em núcleos de fundamentação e que primam pela visão de totalidade, uma vez que consideram a formação um processo interminável e por isso, não se deve limitá-la à graduação. Ademais, primam pela defesa de uma educação que seja contra toda e qualquer forma de preconceito e discriminação.

A concepção de profissão defendida pela ABEPSS presume um processo contínuo e sistemático de luta e reafirmação, posto que a formação profissional se localiza no movimento contraditório dos processos de contrarreforma do ensino superior. Cabe destacar a crise da universidade brasileira e o sucateamento do ensino público em detrimento do avanço das instituições privadas como principais desafios para a implementação do perfil profissional defendido pelas entidades representativas. Frente ao ataque ao ensino público e de qualidade, a formação profissional depara-se com os rebatimentos desse processo, dentre os quais estão:

fragilidades no âmbito da formação e incongruência com o perfil profissional defendido pela ABEPSS, inclusive retomando práticas outrora superadas pela categoria que não são respaldadas legalmente pelo PEPP e, no caso da saúde, encontram ressonância entre as práticas terapêuticas ou “psi”, atreladas à subjetividade (PAIVA, 2010; OLIVEIRA *et al*, 2012).

No trabalho com práticas terapêuticas ou o Serviço Social Clínico, as necessidades sociais dos usuários são tratadas por ações fundamentadas pela psicanálise e desconsideram a perspectiva da totalidade, limitando o atendimento das demandas ao campo do aparente, do micro, através de exercícios de autoajuda, terapia, intensificação de ações subjetivas voltadas para o relacionamento de famílias e comunidades (OLIVEIRA *et al*, 2012). Este não é um debate recente, nem tampouco desconhecido pela categoria, tratando-se de uma questão densa e dotada de confronto de ideias que, apesar de serem discutidas respeitosamente, não apresentam consenso.

Conforme afirma o CFESS (2008, p. 13-14):

Ao intervir sobre danos e desordens mentais, cognitivas, emotivas, afetivas e incapacidades de desenvolvimento, o Serviço Social Clínico parece voltar às disfunções de ordem bio-psico-social, incorporando teorias biológicas, psicológicas, adentrando nas manifestações comportamentais dos processos conscientes e inconscientes.

Oliveira *et al* (2012) apontam para duas questões frequentes entre os profissionais que defendem as práticas terapêuticas. A primeira, refere-se à subjetividade dos indivíduos que teria sido desconsiderada pela totalidade, ignorando que, nesta, há o singular. E a segunda, diz respeito à noção incorreta de pluralismo, cuja utilização de práticas terapêuticas acreditando não feriria o projeto profissional, em razão da garantia do diálogo entre concepções teóricas distintas pregada pelo pluralismo, sem que se perceba o ingresso no histórico terreno do ecletismo na profissão.

Tais práticas apresentam uma estrutura psychologizante e de cunho funcionalista, indicando vertentes já superadas através do debate coletivo estabelecido pela categoria ao longo de sua trajetória, por isto é vedada sua execução no âmbito do Serviço Social, visto que as entidades representativas fortalecem o argumento do não embasamento teórico da formação profissional junto

à psicologia e apresentam formas de resistência ao seu avanço, dentre as quais está a Resolução do CFESS de nº 569, de 25 de março de 2010. Com a resolução, o Conselho reafirma as atividades consideradas como competências e atribuições profissionais em concordância com a formação profissional estabelecida nas Diretrizes Curriculares, alinhando formação e intervenção profissional aos princípios do PEPP e manifestando-se contrário a toda e qualquer realização que não constitua matéria de Serviço Social (CFESS, 2010).

O CFESS tem se comprometido com a necessidade estratégica de objetivar os aparatos legais da profissão, através da promulgação de resoluções que trazem em seus textos ações de enfrentamento à precarização do exercício profissional, ao descumprimento ou à violação das atribuições privativas, assim como a necessidade de fortalecer espaços de formação e intervenção alinhados à materialização do PEPP.

A esse respeito, destacam-se: Resolução 493/2006 (dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional, em que são descritas as condições necessárias para o ambiente de atendimento aos usuários, bem como organização do material técnico de caráter reservado); Resolução 512/2007 (trata da atualização da Política Nacional de Fiscalização, que reúne todas as ações de prevenção, orientação e fiscalização do exercício profissional); Resolução 533/2008 (dispõe sobre a regulamentação da supervisão direta de estágio, ao elencar as competências de Instituições de Ensino, supervisores de campo e acadêmico e estagiários); Resolução 557/2009 (dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos e opiniões técnicas, assim como as orientações concernentes à atuação em equipes multiprofissionais).

Todas as resoluções constituem um valioso arsenal jurídico-normativo e apresentam orientações que, sem engessar o trabalho, robustecem as estratégias para atuar no cotidiano e preservar a autenticidade da profissão (SANTOS, 2010), representando meios pelos quais alicerçam-se as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

Entre alguns dos objetivos para elaboração de resoluções e pareceres destacam-se o enfrentamento ao revigoramento do conservadorismo e naturalização da vida social, colidindo com a problematização de questões macrossocietárias e a ligação a aspectos políticos assumidos no PEPP, indo ao encontro de uma pseudo

neutralidade que tenta velar demandas condicionadas pelo movimento contraditório da realidade social.

Uma outra perspectiva que faz oposição ao PEPP é denominada movimento do “Serviço Social Libertário”, disseminado desde 2016, e guiado por discentes e profissionais de diversas localidades do país que manifestam insatisfação quanto ao direcionamento da teoria marxista e ensinam fortalecer valores e ética religiosos. Esse movimento se articula pelas redes sociais e ganha força diante de uma conjuntura ultra neoliberal que reforça o discurso de uma possível ameaça comunista.

A ênfase na ética religiosa e na relação com a família por parte desse movimento, ignora e/ou negligencia a interlocução entre o Serviço Social, a família e a rede de apoio, para maior democratização das informações e conhecimento e acesso aos direitos sociais, cujas demandas são condicionadas pelo movimento da realidade social sob a égide do capital (PAIVA, 2010), o que requer do profissional qualificação apropriada para apontar estratégias de intervenção adequadas às necessidades da realidade, sem desconsiderar as demandas institucionais. Conforme redigido desde a versão preliminar dos Parâmetros (CFESS, 2009), essa perspectiva de qualificação apropriada pressupõe:

[...] leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos(as) trabalhadores(as) em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos. (CFESS, 2009, p. 17).

A apreensão do contexto sócio histórico em que se gestam as demandas encaminhadas ao Serviço Social é fundamental à investigação transversal do cotidiano prático, trazendo mais clareza aos processos que perpassam das demandas às ações, inclusive reconhecendo os fatores que as definem e redefinem dinamicamente.

Neste sentido, Mészáros (2002) indica que a crise estrutural do capital vem influenciando o pensamento conservador e fortalecendo a base ideológica da

chamada “nova direita” que, ao assumir espaços políticos decisórios, dita os ataques às conquistas sociais como estratégia de consolidação dos princípios neoliberais e nega a essência desigual da ordem em vigor, gerando novas formas de violência, pauperismo, exploração e fascismo, o que exige construção coletiva de formas de enfrentamento para responder as demandas sociais de uma grande maioria pauperizada.

Conforme será pontuado no capítulo seguinte, o atual quadro histórico da saúde brasileira é marcado por uma severa crise sanitária, adensada e complexificada desde março de 2020, com a pandemia da Covid-19, provocando fortes pressões para que os profissionais que atuam na área da saúde assumam demandas fora de suas atribuições e competências, dentre as quais está a comunicação de boletins de saúde e de óbito. Devido a tais pressões, o CFESS divulgou a Orientação Normativa 3/2020 que explicita competências e atribuições do cotidiano de trabalho de assistentes sociais, a fim de reforçá-las nesse contexto pandêmico e defender tudo aquilo que vem sendo garantido pelo aparato normativo e legal vigente.

Apesar da dificuldade para garantia da sua relativa autonomia, ao realizar práticas mecanizadas, cedendo às imposições institucionais sem dialogar ou recorrer aos órgãos competentes, os profissionais contribuem para mascarar a real necessidade dos usuários ao atuar de forma seletiva (VASCONCELOS, 2012).

As exigências contemporâneas reiteram a importância do Serviço Social e ratificam a relevância de pesquisas direcionadas ao reforço e à manutenção do compromisso ético-político assumido pelo PEPP, bem como a construção de um exercício profissional competente que prime pela valorização da qualidade de vida dos sujeitos sob a ótica dos direitos.

Frente a esse debate, no próximo capítulo será abordado o direito à saúde e o trabalho de assistentes sociais nesta política pública.

CAPÍTULO 2 – CONSTATAÇÕES SOBRE OS ESPAÇOS SÓCIO-OCUPACIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL A PARTIR DAS CONQUISTAS LEGAIS APÓS 1988

Este capítulo versará sobre a saúde enquanto direito social conquistado formalmente e constricto desde o contexto de mudança do paradigma econômico do pós-Constituição Federal de 1988 aos dias contemporâneos. Ademais, apresentará como os determinantes sociais interferem no processo saúde-doença, e as formas de demanda pela intervenção de assistentes sociais na atenção em saúde.

2.1 Direito à saúde pós-Constituição Federal de 1988: da construção legal-formal à sua desconstrução processual

O debate em torno do conceito de direito é marcado por um duplo entendimento. Por um lado, há quem o considera como algo natural, uma espécie de condição humana; por outro, há aqueles que o apontam como criação e conquista dos seres humanos ao longo da sua evolução enquanto sociedade civil (SANTOS, 2018).

Reportando-se à história, vê-se que as relações sociais determinam a constituição dos direitos que, na sociedade capitalista, resultam da correlação de forças travada entre as classes sociais que fundam esta sociabilidade humana (BEHRING; SANTOS, 2009).

Nessa perspectiva, entende-se que os indivíduos através de ações individuais e/ou coletivas fazem a história, ao mesmo tempo em que são determinados por ela. Compreende-se que os direitos se referem ao conjunto de normas e serviços que devem ser garantidos pelo poder estatal ao cidadão.

Os direitos sociais se materializam em políticas, programas, serviços e ações públicas de função estatal os quais, quando não cumpridos devidamente, podem reduzir a legitimidade do Estado, uma vez que “[...] a garantia e a proteção dos direitos se traduzem em um princípio de legitimidade governamental, que permite, no plano teórico, construir a categoria de igualdade democrática ou cidadania democrática.” (NOGUEIRA, 2002, p. 80).

Segundo Gomes (2007), os direitos são compreendidos na contemporaneidade como fenômeno sócio histórico que ganha relevância ao

representar o meio pelo qual a igualdade e a justiça social podem ser asseguradas. Desse modo, em uma conjuntura marcada pelo avanço da concepção hegemônica neoliberal, os direitos e a luta pela defesa de espaços democráticos são fortemente ameaçados.

Apesar dos marcos democráticos serem constituídos por princípios básicos, a exemplo da justiça social, da universalização, dentre outros, esses apresentam dificuldades para avançar e materializar um projeto que aponte um caráter emancipatório, visto que, sob a ordem do capital, as classes trabalhadoras “[...] perdem a centralidade de que desfrutara na articulação do social com o *Welfare State*.” (GOMES, 2007, p. 12, grifos da autora).

Nas últimas décadas, a radicalidade do processo de mundialização do capital intensifica as formas de desigualdade e se constitui em um grande problema enfrentado pela sociedade brasileira. Princípios como direito, democracia e liberdade são cooptados pelas exigências da reprodução ampliada do capital, o que tem provocado amplos debates no campo da literatura (GOMES, 2007), constituindo um novo olhar sobre os direitos, principalmente no que diz respeito à sua vinculação à percepção histórica das lutas coletivas.

Os direitos sociais – dentre os quais está o direito à saúde, vinculado ao objeto deste estudo –, emergem no século XIX, articulados aos direitos políticos, quando se torna mais evidente que os problemas sociais se relacionam ao conteúdo de classes, não ocorrendo indistintamente. Referem-se àqueles direitos voltados a satisfazer as necessidades mínimas, de modo a garantir a participação do indivíduo na vida social, assegurados pelo sistema educacional e pelos serviços sociais, com origem atrelada à participação nas comunidades locais e a associações funcionais (MARSHALL, 1967).

Mas neste período, os direitos sociais não se relacionam ao conceito de cidadania, e compreendendo apenas o mínimo e somente no final do século XIX começam a progredir e provocar mudanças no princípio igualitário presente na cidadania, posto que o aumento de rendas nominais altera o distanciamento econômico que divide as classes entre si. Assim, o fortalecimento da luta das classes trabalhadora diminui a desigualdade no que diz respeito aos elementos ligados ao bem-estar social, inserindo os direitos sociais no *status* da cidadania (MARSHALL, 1967).

Nesse momento, o objetivo dos direitos sociais é reduzir as diferenças de classe que adquire um novo sentido, não mais expressando uma mera tentativa de eliminar o ônus evidente que representa a pobreza nos segmentos mais explorados da sociedade, mas assumindo o aspecto de ação modificadora do padrão total da desigualdade social.

Por isto, a análise dos direitos sociais perpassa o debate da cidadania, uma vez que, para além de um agrupamento de direitos e responsabilidades, esta representa o afloramento da identidade política dos sujeitos (NOGUEIRA, 2002).

A construção da cidadania demanda a integração das especificidades que constituem as necessidades humanas, de modo a se aproximar das condições reais de sobrevivência e permitir a ampliação da proteção social. Entretanto, é o movimento da sociedade civil e do mercado quem determina a relação entre direito-sujeito.

Conforme discorre Nogueira (2009), há uma polarização de forças políticas que impulsiona o movimento do reconhecimento dos direitos, sendo uma voltada para a manutenção das condições societárias contemporâneas e a outra para a superação dos impasses provocados por essas condições. Por isso, é fundamental o movimento contínuo de reafirmação e luta da sociedade civil em torno dos direitos.

A concepção de direitos sociais é incorporada ao campo dos direitos humanos universais pela Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), por volta de 1948, sinalizando que os direitos devem ser válidos para todos, sem qualquer tipo de distinção.

No entanto, no Brasil, é somente após a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/1988) que essa concepção universalista é incorporada, ainda que seja identificado um hiato entre a sua existência formal e a sua concretização. A CF/88 resulta do embate entre interesses contraditórios e conflitantes, fruto do processo de redemocratização, quando os movimentos sociais organizados apresentam um conjunto de demandas populares, dentre as quais destaca-se a necessidade da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (NOGUEIRA, 2002).

Os direitos sociais são consagrados no capítulo II, art. 6º, da CF/88, configurando-se como direitos “à educação, à saúde, à alimentação, ao trabalho, à moradia, ao transporte, ao lazer, à segurança, à previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados” (BRASIL, 2016, p. 18).

A responsabilidade de seu cumprimento recai sobre o poder público que deve custear a execução de políticas públicas com vistas a concretizá-los.

No que concerne à organização social em torno do direito à saúde pública, é um marco a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 1986, e composta por movimentos sociais, trabalhadores da saúde e intelectuais. Na ocasião, o movimento popular em saúde pressiona o Congresso Nacional a fim de conseguir respostas para a sua bandeira de luta: a criação de um sistema único, descentralizado e universal em saúde para Estados e municípios. Com a construção do SUS, sinaliza-se para o fim do modelo médico-previdenciário e o nascimento de um sistema unificado, composto por serviços públicos e privados, sendo o último de caráter complementar (OLIVEIRA; KRÜGER, 2018).

O SUS é regulamentado pelas leis de nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde-LOS) e nº 8.142 (Lei do Controle Social), ambas editadas em 1990, fundamentais no processo de sua materialização. A primeira remete à definição do modelo operacional do sistema, sua forma de organização e seu funcionamento; e a segunda, garante a representação da sociedade civil nas tomadas de decisões, através da participação de vários segmentos sociais nos Conselhos e nas Conferências, reconhecidos enquanto espaços político-organizativos destinados a discussões e correlações de forças.

Desde a CF/88, a saúde é considerada direito social e dever do Estado, como consta no artigo 196º:

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).

Diante da lei, o acesso aos serviços de saúde a se constitui como um direito de responsabilidade estatal, principalmente com a criação do SUS, posto que o último emergiu apresentando um conjunto de princípios que guiam suas ações: os doutrinário-filosóficos (universalidade, equidade, integralidade) e os organizativos (participação popular, hierarquização e descentralização). Dessa maneira, o SUS se configura em um sistema de serviços que tem como ações prioritárias promover, proteger e prevenir à saúde, as quais são de responsabilidade dos governos federal, estaduais e municipais (POLIGNANO, 2001).

Esses princípios se organizam com um papel explícito nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). A universalidade busca garantir aos usuários o acesso a todos os serviços necessários para promoção, proteção e recuperação da saúde sem qualquer tipo de discriminação, através da equidade que promove a igualdade no acesso; a integralidade garante o acesso dos usuários a todas as ações que as dimensões da saúde humana demandar, a nível individual ou coletivo; a participação popular permite a circulação dos cidadãos nos espaços de formulação, fiscalização e implementação das políticas públicas; a hierarquização possibilita o acesso dos usuários aos serviços de saúde de outros municípios e estados, caso a demanda necessite, e a descentralização viabiliza o acesso aos serviços de saúde que devem ser disponibilizados pelo município de origem, ofertados próximos às residências dos usuários ou não (MACHADO; CRUZ, 2018).

O SUS é estruturado a partir de um arcabouço legal que objetiva oferecer resolutividade às demandas postas pela população. Para tanto, ainda dispõe de portarias, regulamentos, decretos, dentre outros mecanismos.

A despeito de seu caráter essencial, a política de saúde não recebe a prioridade devida, sem investimentos suficientes e não aplicados em sua totalidade, ainda sendo alvos de desvios dos recursos públicos, demonstrando a falta de compromisso e de priorização dos governantes, e desalentando as expectativas dos usuários diante das suas necessidades de assistência pública (COSTA, 2009).

Em conformidade com o entendimento de Machado e Cruz (2018), o Brasil só terá uma política de saúde efetiva quando todos os cidadãos, sem distinção, estiverem acessando os direitos à vida e à saúde de forma integral, o que lhes permitirá ter um mínimo de qualidade de vida² que lhes garanta o básico necessário para sobreviverem de forma digna.

As conquistas positivas alcançadas no ano de 1988 passam a ser desafiadas pelo cenário político, social e econômico apontado logo no início da década de 1990, merecendo destaque dois elementos: o redirecionamento do papel do Estado e a instauração da ideologia neoliberal. A partir dos anos 1990, com o já presente hibridismo existente no âmbito do SUS, cresce a lacuna entre o sistema público constitucional e o SUS real, uma vez que a conjuntura passa a interferir em

² Segundo Seidl e Zannon (2004), a qualidade de vida diz respeito às diferentes percepções de vida dos indivíduos e sua vinculação aos objetivos e padrões que provocam alterações no seu estado de saúde. Relaciona-se à execução de políticas sociais que visam assistir as necessidades dos usuários e reconhecê-los como sujeitos de direitos.

sua dinâmica, ascendendo o projeto privatista para a saúde, fragilizando o pacto político que possibilita a criação do SUS e pondo em risco a “vitalidade democrático-popular” (KRÜGER, 2014, p. 219).

Ademais, como a expansão dos serviços de saúde favorece o mercado, custando ao SUS um preço alto, ao torná-lo altamente dependente de contratos com o setor privado – em razão da carente capacidade tecnológica – e, na medida em que a participação privada aumenta no mercado, a forma como o público se relaciona nesse meio passa a ameaçar os princípios estabelecidos, inclusive em razão da abertura ao capital estrangeiro para investimentos em serviços de saúde e da privatização dos serviços ofertados pela rede pública. Leia-se: o estreitamento da inter-relação entre o Estado, a sociedade e o mercado (ARAÚJO, 2014).

O financiamento do SUS vem do orçamento da seguridade social e das três esferas gestoras e desde a sua criação é marcado por um subfinanciamento crônico, causado pela má distribuição de papéis e recursos entre as três esferas gestoras (União, Estados e Municípios), bem como pelo sistema tributário injusto e complexo a que se encontra submetida a sociedade brasileira. Mesmo se tratando de um sistema público de caráter universal, o gasto privado é bem maior quando comparado com o público, o que denuncia a necessidade de serem criadas ações que visem: garantir sua sustentabilidade nas mais diversas dimensões (política, econômica, científica, tecnológica); gerar formas de revisão para as relações público-privadas; e delimitar uma nova estrutura financeira (CISLAGHI; TEIXEIRA; SOUZA, 2011).

Como uma das formas de enfrentamento da população para o acesso à saúde, cresce a busca pelo poder judiciário, originando a judicialização da saúde que decorre da posição deficitária na qual se encontra o sistema de saúde brasileiro, em que tratamentos, exames, cirurgias, medicamentos, dentre outros serviços, são permanentemente negados, em razão da insuficiência dos recursos financeiros.

Machado e Cruz (2018) concluem que, para que o atendimento das exigências constitucionais seja assegurado, é necessária uma política social efetiva, acompanhada por uma política econômica capaz de executar os orçamentos públicos, conforme as demandas da população usuária, buscando respondê-las com eficácia.

Por sua vez, se o fenômeno da judicialização da saúde expressa as reivindicações dos cidadãos para que direitos de cidadania sejam garantidos,

inclusive fazendo uso de leis nacionais e internacionais que evidenciam a responsabilidade estatal, estudos sobre o tema também apontam para os seus efeitos negativos, ressaltando que isso provoca a expansão das iniquidades no acesso, ao considerar que nem todos os indivíduos têm poder de reivindicação (VENTURA *et al*, 2010).

É uma contradição a população ter que recorrer à justiça para acessar um direito garantido constitucionalmente (direito à saúde), principalmente pelo fato de reportar-se a um sistema que tem como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade, o que ratifica a sua violação em decorrência de aspectos conjunturais e também estruturais.

Desde os anos 2000, um conjunto de reformas são identificadas no campo da saúde para adequar a política às exigências do mercado financeiro, dentre as quais destaca-se de forma central: a contrarreforma do Estado e a transferência financeira do setor público para o privado, sustentada pela falácia do discurso de melhor atendimento aos usuários (ALVES SOBRINHO, 2002).

Nesse contexto de ameaças à consolidação do direito à saúde, os espaços sócio ocupacionais nos quais se inserem os assistentes sociais também são afetados, ao ser influenciado pelo movimento que perpassa o conjunto das relações sociais (IAMAMOTO, 2015a), a partir do qual se observa o crescimento de demandas aos serviços e aos profissionais a quem são solicitadas formas de enfrentamento resolutivas, ainda que estejam perante um cenário adverso e cheio de desafios.

Para Costa (2009, p. 348-349),

[...] é necessário reconhecer as novas exigências e mudanças significativas no trabalho dos assistentes sociais. Esse “novo” trabalho consiste em colaborar na construção de estratégias de efetivação direitos de cidadania, sobretudo no que se refere aos mecanismos de mobilização da comunidade para atrair lideranças e/ou representantes desta para participar do processo de criação, instalação e funcionamento de canais ou instâncias interlocução entre população e instituição, mais especificamente os conselhos e conferências conforme determinada a Lei n. 8.080/90 e Lei Complementar n. 8.142/90.

Tal contexto de regressão de direitos resulta em dificuldades para o trabalho em si e a facilitação da viabilização dos direitos, bem como para materializar os princípios éticos que orientam sua atuação. Ademais, incluem-se exigências à

construção de ações que reafirmem a predominância dos interesses públicos, marginalizados aos interesses privados (SCHAPPO, 2018).

Com crescimento de ações focalizadas e seletivas, diz-se que a política de saúde é orientada por aspectos antidemocráticos, com fins à minimização do Estado social e à privatização de setores estratégicos para que a acumulação ampliada seja garantida, já que as investidas do Estado se voltam para beneficiar os grupos de maior poder político e aquisitivo, deixando à mercê os segmentos mais pauperizados da sociedade brasileira (SCHAPPO, 2018).

As propostas na área da assistência pública à saúde apontam para o aprofundamento das contrarreformas introduzidas em contextos anteriores, sobretudo na redução de orçamentos. Dentre tais propostas destacam-se: a revisão do Mais Médico pela carreira de Médico do Estado, para atendimento das áreas menos desenvolvidas e mais longínquas do país; a descaracterização dos agentes comunitários de saúde, que passarão a ser treinados para atuar como técnicos de saúde no controle de doenças crônicas (BRAVO; PELAEZ, 2020).

No contexto de pandemia da Covid-19, adensa-se a conjuntura delicada e repleta de desafios vivenciada pela sociedade brasileira, observando-se descaso ainda maior com a vida. Sistema de saúde em colapso, rotatividade de ministros, retirada de recursos, negação do direito à saúde, milhares de mortes e negligência do Estado são as principais marcas do atual período histórico da sociedade brasileira.

O atual quadro da saúde é caracterizado nacionalmente pelo avanço acelerado da curva de infecção pela pandemia da Covid-19, evidenciando alguns dos pontos mais frágeis do sistema de saúde, como a ausência de uma política efetiva que disponha de recursos humanos e materiais em escala suficiente para combater a pandemia. Quadro já de grave crise antes mesmo da chegada do vírus ao país, que revela expressivamente o quão distante está o SUS real do legal, apesar de também demonstrar sua importância no atendimento à população em geral, principalmente em relação a tratamentos com custos mais vultosos.

Além do quadro de saúde, cresce a pauperização decorrente da intensificação do desemprego, com registro da pior queda já ocorrida no Produto Interno Bruto (PIB) (CALAIS; FORBES, 2021). Situação recrudescida pela insuficiência e seletividade do auxílio emergencial que torna mais urgente uma

proteção social pública, universal e equânime, conforme propõe os princípios que estruturam a seguridade social na CF/88.

O desmonte da proteção aos trabalhadores, a negligência com a saúde pública, e o avanço de privatizações e da mercantilização da saúde, o desprezo ao meio ambiente e à ciência configuram um verdadeiro caos social, político, econômico, cultural e ideológico, instaurado na sociedade brasileira coincidentemente com o avanço do projeto ultra neoliberal (NOZABIELLI; DINIZ; DE JESUS, 2021).

Historicamente, o Estado vem transferindo parcelas da sua responsabilidade no enfrentamento das expressões da “questão social” às organizações sociais da sociedade civil, legitimando tal transferência pelas iniciativas filantrópicas, voluntárias e caritativas. Esse movimento por meio do qual o Estado assume um papel subsidiário na condução das demandas sociais é denominado por Iamamoto (2015) de refilantropização social.

As lacunas deixadas pelo Estado na área social, reconduzem a sociedade à necessidade de refilantropização social (IAMAMOTO, 2015), com reforço do discurso de que o acolhimento individual e da sociedade civil às responsabilidades estatais fortalecem a autonomia dos primeiros, pelo exercício da solidariedade. É um discurso ideológico, de cunho conservador que mascara o processo de despolitização das demandas sociais e favorece a hegemonia neoliberal, ao converter direitos sociais em mercadorias.

Bahia (2018) afirma que o SUS representa uma das expressões sociais da transição democrática no Brasil, mas ressalva que a democratização da saúde ainda não se materializou, sendo essencial no campo do debate romper com a visão romantizada de que o SUS legal não foi desconstruído e que representa a totalidade de componentes homogêneos. Para ela, faz-se necessário reconhecer na análise o crescimento do setor privado e filantrópico, bem como as repercussões políticas e institucionais desse processo para o campo da saúde coletiva, pois se o projeto democratizante perde vigor diante da intensa correlação de forças que há entre os sistemas público e privado, análises superficiais tendem a silenciar tal compreensão.

Nessa perspectiva, as forças conservadoras e reacionárias retomam o protagonismo da luta de classes implementando o seu projeto, na medida em que reprimem e criminalizam os movimentos sociais.

Segundo Costa (2010) adverte que a retomada de traços assistencialistas e voluntaristas, leva parte dos profissionais a compreendê-la como um processo de fragilização e desqualificação de suas práticas, porém, que em paralelo a este suposto movimento de desqualificação, está o crescimento das demandas institucionais, evidenciando a importância da intervenção profissional nos serviços de saúde.

Destarte, a desmobilização popular causada pela conjuntura de incertezas e desafios não tem apresentado estratégias de reversão dessa situação que sejam fortes o suficiente, embora o direito à saúde se relacione a uma questão de justiça social e cidadania que demanda intervenção coletiva.

A seguir, serão abordados os aspectos sociais que interferem na saúde dos indivíduos e como os assistentes sociais se inserem no trabalho em equipe a partir desses.

2.2 Os Determinantes Sociais de Saúde na mediação do processo saúde-doença

Globalmente, as sociedades vivem processos acelerados de transformações que alteram todas as dimensões da vida social. Nessa perspectiva, algumas vezes os impactos no setor saúde são mascarados de modo que a informação não chega adequadamente à população usuária, o que dificulta seu acesso, pois, sem acesso à informação, a população apresenta dificuldades para progredir em busca de igualdade em saúde, posto que não tem conhecimento sobre o seu direito ao acesso dos serviços disponíveis e muito menos sobre a situação da sua qualidade de vida frente às demandas de uma vida saudável (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Os diferentes padrões de assistência pública à saúde e à vida refletem desigualdades e desequilíbrios na distribuição de recursos e poder entre as nações, embora todo cidadão tenha direito a condições dignas de saúde, pois trata-se de um direito social/universal, inerente à condição de cidadania, a despeito dos riscos de violação serem iminentes, em virtude da desigual estrutura que marca a sociedade em perspectiva global.

A abordagem da desigualdade em saúde revela a situação de saúde – em perspectiva coletiva – de determinados grupos sociais, apontando para diferenças

nos perfis epidemiológicos e na formulação e execução de respostas para os problemas de saúde, conforme a posição social ocupada, daí o nível de saúde ser medido pelas condições de estratificação social das diversas áreas territoriais. Desse modo, segundo Zioni e Westphal (2007, p. 29):

Combater a desigualdade seria uma garantia de melhora do nível de saúde e para o combate à desigualdade há que se desenvolver políticas intersetoriais (econômicas, de emprego, de renda, moradia, educação, etc.) e garantir-se a participação e o empoderamento das populações, para que estas possam colaborar mais eficazmente na transformação da sociedade.

Com base no entendimento de que o processo saúde-doença apresenta interação com fatores externos, para além de corpo e mente, é indispensável situar na discussão a interferência dos aspectos sociais sobre a saúde, espaço onde se encontra o debate acerca dos DSS, focado a partir do século XX. A discussão sobre estes determinantes avança após a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1948, e desde a década de 1960 as ciências da saúde reúnem no ensino e na pesquisa categorias como Estado, política social, saúde e sociedade (ZIONI; WESTPHAL, 2007). Nos anos 1980 a reflexão dos DSS recua em virtude do espraiamento da concepção da saúde como um bem privado e é retomada como pauta em 1990 no intuito de buscar alcançar a saúde em uma perspectiva universal (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Deste modo, os problemas que acometem a assistência pública à saúde não decorrem apenas da deficiência na execução do sistema referente à política *de per si*, pois estão associados a outros fatores, a exemplo de desemprego, baixa escolaridade, violência, insuficiência de estruturas de saneamento básico, entre outros.

Partindo do suposto de que as condições sociais influenciam o estado de saúde dos indivíduos, e que estas são delineadas por aspectos de cunho político, social e, sobretudo, econômico, é necessário implementar ações que visem promover o bem-estar. Assim, o quantitativo maior de fatores causadores de doenças advém das condições em que os sujeitos vivem e trabalham, e o conjunto desses fatores é denominado de Determinantes Sociais de Saúde (DSS).

Conforme discutido no documento da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (2011, p. 8), “[...] apoiar a abordagem dos

determinantes sociais significa compreender o valor que a saúde tem para a sociedade [...]”.

A Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (2010) considera a efetivação de um sistema universal, eficaz e acessível, necessária para a regressão das formas de desigualdades, a qual é vista como uma questão ética, logo, de justiça social. O reconhecimento de temas ligados à ética no campo dos determinantes sociais requer o estímulo a uma sociedade consciente e que se questione quanto aos seus objetivos diante da questão saúde, de modo que os indivíduos sejam e se vejam como protagonistas e com autonomia, no que diz respeito à construção de alternativas transformadoras da dinâmica social.

Touraine (2005) ressalta que o tratamento dos DSS na contemporaneidade exige que a lógica da sociedade esteja a serviço dos interesses dos atores sociais. Mas na dinâmica capitalista, subordinada aos interesses do capital, baseada na exploração e na desigualdade, identifica-se uma lógica destrutiva à saúde dos trabalhadores, que contribui para o desenvolvimento de doenças que comprometem suas condições físicas e mentais (RAICHELIS, 2011).

Se internamente, entre os valores mais cultuados está o desejo de se viver com uma boa qualidade de vida (SEIDL; ZANNON, 2004), assiste-se à redução da expectativa de vida em muitas regiões, decorrente da falta de alimentação saudável, acesso às ações preventivas, carência de moradia digna e sistema de saneamento básico em grande parte do território brasileiro. A desigualdade é o elemento central desse processo, visto que passa “[...] a assumir a forma de diferenciais relativos entre indivíduos situados em distintas posições na organização social.” (NUNES *et al*, 2001, p. 15).

Se as colocações anteriores indicam que não existe desenvolvimento econômico sem um elevado nível de saúde e vice-versa (BRASIL, 2011), e se a equidade em saúde é indispensável para o desenvolvimento sustentável, ela demanda engajamento coletivo de todos os setores governamentais e dos segmentos da sociedade civil, dado que expressa uma responsabilidade compartilhada.

A qualificação da informação juntamente com a integração das bases de dados intersetoriais e a implantação da regularidade no desenvolvimento das pesquisas são condições fundamentais na formulação e execução de políticas sociais. Desse modo, o monitoramento do progresso na área da saúde deve ser feito

através do levantamento de dados que apontem os problemas da rede e a necessidade de implementação de ações, pois quando não há dados reais, os problemas permanecem negligenciados e sem estratégias resolutivas.

Outrossim, a incrementação – ou até mesmo implementação – de um sistema de informações que reúna dados específicos e transparentes é de grande relevância para a identificação dos principais determinantes da desigualdade em saúde, bem como no que diz respeito à definição de prioridades que contribuam com o planejamento e a avaliação dos programas desenvolvidos (NUNES *et al*, 2001).

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde conceitua os DSS como “[...] fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78), compreendendo que as condições de saúde resultam de hábitos e comportamentos socialmente construídos pelos diversos segmentos da sociedade

No Brasil, são as desigualdades sociais entre as classes que expressam o maior percentual de determinação no processo saúde-doença. Por isso, não se pode considerar que a vinculação dos DSS com a saúde se dê por uma relação de causa e efeito, dado que as iniquidades sociais têm delimitado a situação de saúde da sociedade (BADZIAK; MOURA, 2010).

As iniquidades revelam as disparidades que há entre a riqueza produzida e a distribuição de renda, como também entre os aspectos de raça, gênero, acesso à educação, dentre outros, tornando necessário ampliar a promoção de ações que atingem os DSS e combatem a expansão das iniquidades para que o desenvolvimento em saúde seja alcançado.

Além dos DSS, há também os Determinantes Sociais das Iniquidades em Saúde (DSIS), e tal distinção é indispensável para a implementação de políticas e programas que visem superar as iniquidades em saúde. Segundo Pellegrini Filho (2011), os DSS e os DSIS dizem respeito aos fatores sociais, econômicos ou comportamentais que interferem na saúde, e o que os difere é que os primeiros podem ou não apresentar influência determinada por posições políticas ou individuais e os segundos sempre as apresentam.

O enfoque dos DSS está centrado em três aspectos de abordagem: reduzir as iniquidades em saúde; implementar as formas de bem-estar com o intuito de melhorar a saúde e apoiar as ações direcionadas aos determinantes sociais. A

abordagem dessa discussão é exemplificada por diversos modelos esquemáticos. O modelo tratado por Dahlgren e Whitehead (1991) é o mais recorrente na literatura e apresenta o detalhamento das várias esferas, das características individuais aos macrodeterminantes, conforme ilustra a figura abaixo (BADZIAK; MOURA, 2010).

FIGURA 1 – Determinantes sociais: modelo de DAHLGREN e WHITEHEAD



Fonte: Carrapato; Correia; Garcia (2017, p. 682).

Com base nesse modelo, compreende-se que o estilo de vida dos indivíduos e a rotina em comunidade compõem as denominadas camadas intermediárias; as condições sociais e materiais que marcam os processos de trabalho e de vivência dos sujeitos que configuram as camadas externas e os macrodeterminantes que possuem relação direta com as condições econômicas, culturais e ambientais dos indivíduos em sociedade (BADZIAK; MOURA, 2010).

Por sua vez, George (2011) agrupa os DSS em cinco categorias dos determinantes, são elas: 1) fixos ou biológicos: idade, fatores genéticos; 2) econômicos e sociais: status social e aspectos de desigualdade; 3) ambientais: ar e água; 4) de estilo de vida: alimentação e atividade física; 5) de necessidades sociais: saúde, educação e lazer.

Dessa forma, ainda que na literatura sejam identificadas diversas visões de categorização dos aspectos dos DSS, todas apontam para o seu poder de influência sobre o estado de saúde dos indivíduos, indo além da ausência de doenças, e incorporando a qualidade de vida e o bem-estar pessoal e coletivo.

A inserção de assistentes sociais se dá em espaços sócio ocupacionais voltados a intervir nesse contexto para garantir um padrão de vida básico aos indivíduos, de modo que sejam preservados seu bem-estar físico, mental e social. Pelo fato de a saúde possuir relação estreita com a forma como a sociedade encontra-se organizada, os profissionais são requisitados a atuar frente às desigualdades sociais, ao desemprego, à pobreza, dentre outros. Isso ocorre em razão das condições sociais da sociedade capitalista serem favoráveis à reprodução do capital e danosas ao estado de saúde dos indivíduos (RAICHELIS, 2011).

O trabalho que considera os DSS ratifica a importância da integralidade, interdisciplinaridade, o que exige conhecer a realidade, as singularidades dos sujeitos, e traçar em equipe estratégias resolutivas, apresentando possíveis encaminhamentos, adequando-os às necessidades de cada situação identificada (VELOSO, 2016; BADZIAK; MOURA, 2010).

Dessa forma, identifica-se que os problemas sociais representam experiências sociais que em algum momento do processo fracassam e demandam enfoque da dimensão social como forma de estabelecer mediação entre as categorias saúde e sociedade (ZIONI; WESTPHAL, 2007).

O Serviço Social é requisitado para atuar frente ao conjunto de expressões da “questão social” e volta sua intervenção para os fatores sociais que as geram. Entretanto, não compete apenas aos assistentes sociais, mas aos profissionais como um todo, o dever de direcionar o seu olhar no momento da intervenção para os DSS como forma de alcançar o mais próximo da realidade e nela intervir.

Diferentes projetos societários e profissionais disputam a condução das orientações prestadas à sociedade como forma de legitimar-se, colocando em confronto concepções, valores e intencionalidades dentro dos espaços institucionais, principalmente no que diz respeito à formulação e implementação das políticas públicas. Destarte, essa relação tensa e conflituosa identificada no seio das políticas gera a disputa por espaços dentro dos ambientes institucionais, uma vez que diferentes categorias profissionais passam a lutar por reconhecimento e poder (RAICHELIS, 2010).

Nos serviços de saúde, a legitimação do Serviço Social é ratificada pelas contradições fundamentais que marcam a política social e impactada pelas iniquidades do sistema e pelos DSS, uma vez que, mesmo sendo universal e gratuita, nos três níveis de atenção, sua atuação recai mormente em função da

parcela mais pauperizada da sociedade, sem que possa ignorar as demandas institucionais, dada a natureza contraditória da profissão. São atividades determinadas pelas contradições do sistema, na mediação do conflito de interesses, direcionada a facilitar as relações em defesa da garantia dos direitos e da redução e supressão da desigualdade no acesso aos serviços de saúde, cuja análise será desenvolvida na próxima seção.

2.3 A atuação do Serviço Social nos três níveis de atenção em saúde

Ao longo deste estudo, aponta-se que a atuação de assistentes sociais se vincula ao movimento da realidade social concreta, a partir do que organizam seus objetivos e intervêm sobre as necessidades individuais e/ou coletivas, fato também observado nos serviços de saúde, onde a definição dos processos coletivos de trabalho é atravessada pelas condições históricas de desenvolvimento da política (COSTA, 2009).

Neste trabalho, toma-se por suposta a relação entre o trabalho do Serviço Social sobre as expressões da “questão social”, enquanto reflexos dos Determinantes Sociais de Saúde. Entre os marcos formais para o trabalho da categoria na política de saúde está a Resolução do CFESS n.º 383/99, de 29 de março de 1999, que caracteriza o assistente social como profissional da saúde e orienta a necessidade de articular as ações profissionais frente às expressões dos fenômenos econômicos e socioculturais, a fim de fortalecer a compreensão de que os processos de saúde estão imbricados aos determinantes sociais, o que não permite análises isoladas.

O Serviço Social na área da saúde possui diversos espaços próprios de atuação e essa afirmação respalda-se no fato de que, historicamente, a saúde tem sido a área que mais emprega assistentes sociais. Dessa forma, com a construção do SUS, esses espaços se ampliam para garantir a intersetorialidade e a interdisciplinaridade, o que tem gerado disputa de papéis entre os assistentes sociais e outras categorias (KRÜGER, 2010).

O SUS encontra-se estruturado em níveis de complexidade – primário, secundário e terciário – integrados para composição da Rede de Atenção à Saúde, posto que as demandas têm características distintas e necessitam ser apreendidas e

respondidas de maneira diferente. Apesar desta rede, são evidentes as demandas retraídas.

Com essa estruturação, além das atividades imediatas e de administração de serviços sociais, cabe ao Serviço Social atuar em planejamento e gestão, coordenando programas com fins de tratamento, prevenção e promoção à saúde, e objetivando contribuir com a expansão do acesso aos serviços disponíveis na rede (KRÜGER, 2010).

O nível de atenção primária tem, historicamente, menor inserção de assistentes sociais, mas tal realidade vai sendo modificada com o processo de descentralização da saúde e de municipalização, por meio da incorporação de diversos programas de prevenção e promoção em saúde nas unidades, com destaque para a Estratégia Saúde da Família (ESF), e, sobretudo, para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Desde os anos 1990, a ESF é a porta de entrada para o SUS, não restrita ao tratamento da doença, mas principalmente à promoção, prevenção e educação em saúde, para que os usuários possam acessar a rede de serviços antes mesmo do processo de adoecimento (MOSCON; KRÜGER, 2010).

A intervenção profissional de assistentes sociais na atenção primária é orientada pelos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade e da participação social, visto que considera o indivíduo em seus aspectos mais singulares e sua inter-relação com o meio onde vive. Assim, o profissional busca identificar demandas e articulá-las junto às ações de promoção e prevenção à saúde, visando atender as necessidades sociais e de saúde dos indivíduos, bem como realizar encaminhamentos para serviços mais complexos, quando necessário (PAIM *et al.*, 2011).

Para Moscon e Krüger (2010), as demandas por serviços de saúde são acompanhadas por demandas sociais, visto que a proteção social básica ainda é insuficiente, seja pelo desconhecimento de seus direitos, porque muitos serviços previstos na legislação não são implementados em determinados territórios, ou porque são problematizados pela burocratização das políticas públicas, mais complexa entre os usuários em situação de risco ou de vulnerabilidade social, requerendo maiores esclarecimentos e informações, o que muitas vezes é destinado ao Serviço Social.

Em meio à complexidade da realidade, os assistentes sociais são acionados com frequência para atendimento de usuários em situação de risco ou de vulnerabilidade social, que requerem maiores esclarecimentos, informações, e atendimento humanizado, embora estas não sejam funções exclusivas da categoria (MOSCON; KRÜGER, 2010).

Cabe aos assistentes sociais, através da ação compartilhada com os demais profissionais do NASF-AB, realizar atendimentos individuais junto àqueles indivíduos que apresentarem intervenção específica; promover atividades socioeducativas objetivando socializar as informações aos usuários; buscar articulação em rede como forma de facilitar o acesso; construir propostas de intervenção que dialoguem com o território trabalhado, dentre outros (PELLIZZARO, 2010).

O Programa Previne Brasil é instituído por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, estabelecendo um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária em Saúde (APS), ampliando os espaços para a privatização, garantindo a descontinuidade dos serviços que não condizem com os interesses do capital e acirrando a focalização dos serviços em um cenário marcado pelas contrarreformas e pelo desfinanciamento das políticas sociais, acelerados pela crise econômica que se arrasta desde 2008, e que se somam a partir de 2020 à crise pandêmica.

Também em 2019 é criado pela Lei nº 13.958/2019, o Programa Médicos pelo Brasil que autoriza o Poder Executivo Federal a instituir serviços sociais autônomos intitulados de Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), com uma lógica produtivista.

O contexto aponta para a extinção do piso salarial da atenção básica (AB) e dos recursos destinados ao NASF-AB, resultando em perda de espaço profissional e sufocamento dos demais serviços diante da complexidade das demandas do território coberto. Além disso, não elenca medidas de valorização à implantação do trabalho das equipes multiprofissionais no fortalecimento da atenção básica.

A atuação profissional de assistentes sociais na AB situa-se principalmente entre as ações preventivas (COSTA, 2009), polarizada por uma dupla abordagem: a primeira concentra ações de prevenção às doenças e a segunda de promoção à saúde (SODRÉ, 2014). O fluxo de diferentes perfis de usuários nas unidades básicas exige análise territorial, cujo foco das ações é a família.

Conhecer os fatores que causam adoecimento é um passo importante na prevenção de possíveis doenças. Dessa forma, as ações da atenção primária têm como objetivo: antecipar os cuidados antes mesmo da doença se instalar. Por isso, em sua intervenção, o profissional do Serviço Social realiza muitas atividades grupais pautadas na educação em saúde.

Apesar de considerar suas especificidades, a propagação de hábitos e comportamentos saudáveis entre as comunidades é uma estratégia para alcance de melhores índices de saúde coletiva, através da transmissão de informações que a médio ou longo prazos possam interferir no estilo de vida dos indivíduos.

Em concordância com o exposto, Cavalcante e Alburquerque (2002, p. 30) enfatizam que compete aos assistentes sociais:

[...] desenvolver políticas de recursos humanos no serviço de saúde; promover a intersetorialidade e a interdisciplinaridade; oportunizar a aproximação e a construção de vínculos entre equipes e famílias; promover a construção da cidadania, no que se refere a direitos e deveres dos usuários, famílias e comunidade; construir coletivamente redes sociais para o enfrentamento de problemas da comunidade, e desenvolver mecanismos de promoção da saúde na perspectiva da prevenção [...].

Todavia, pelo fato de as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) representarem o eixo mediador dos usuários com os serviços do SUS, há aumento significativo das demandas, em virtude da procura por atendimentos, o qual não é acompanhado por ampliação de equipamentos técnicos e de profissionais, sobrecarregando os serviços e os profissionais em atuação, gerando dificuldades no acesso.

Outrossim, observa-se que há um hiato entre as abordagens biológica e social, provocado em grande parte pela incompreensão de profissionais das equipes de saúde que não consideram a intervenção social como endógena ao campo da saúde, ignorando os aspectos macrossociedadeiros que comprometem o bem-estar dos indivíduos e que dificultam a restauração da saúde (SODRÉ, 2014).

A inserção profissional nos serviços da AB enfatiza a intersetorialidade e a integralidade e também se dá na atenção à saúde mental, articulando entre os princípios dos projetos da Reforma Sanitária, Ético-Político Profissional e da Reforma Psiquiátrica nas UBSs; nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs); nos ambulatorios; nos consultórios de rua, dado que historicamente os profissionais têm apoiado o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), contribuindo

para a promoção da autonomia e da reinserção social, buscando avançar com a concepção ampliada de saúde mental, sobretudo, no que diz respeito ao reconhecimento dos usuários enquanto cidadãos portadores de direitos (SCHEFFER; SILVA, 2014).

Na atenção secundária em saúde, concentram-se os atendimentos ambulatoriais especializados e hospitalares, ou de média complexidade, onde os profissionais atuam frente à execução de programas específicos que têm como enfoque grupos ou segmentos populacionais vinculados a questões específicas, tais como a saúde da mulher, o alcoolismo e o uso de drogas, por exemplo. Para tanto, buscam coletar dados que descrevam as reais condições de vida dos usuários e como essas condições interferem no desenvolvimento de patologias e esta coleta é usualmente realizada pelo assistente social, profissional que realiza o primeiro contato com os usuários e após o estudo de caso, faz os devidos encaminhamentos para as clínicas especializadas (COSTA, 2009).

Dada a especificidade do atendimento nesse nível, ressalta-se a necessidade de articulação dos assistentes sociais com os outros profissionais da saúde para que o diagnóstico e o tratamento sejam possíveis o quanto antes. Para realizar as atividades propostas pelos programas, o Serviço Social organiza atividades educativas de conscientização, executa reuniões em grupo e também acompanha o processo de tratamentos dos usuários.

Entre os entraves à materialização das ações neste nível estão: insuficiência da integração com os demais serviços; desarticulação das políticas; carência de fluxos formais para a alta complexidade; deficiência de recursos humanos, financeiros e materiais; falta de manutenção dos equipamentos, dentre outros. Dessa forma, os assistentes sociais intervêm nesse nível buscando articular os demais setores da rede de atenção, com a finalidade de garantir a ampliação das formas de acesso, através da integração dos serviços (ERDMANN *et al*, 2013).

A intervenção do Serviço Social no contexto hospitalar caracteriza-se por qualificar a relação usuário/família/instituição e buscar fortalecer a multidisciplinariedade ciente de suas especificidades e de que o usuário deve ser compreendido em sua totalidade.

Para Costa (2009), no caso de hospitais que prestam serviços de urgência e emergência, em que as demandas se apresentam de formas diversificadas, os profissionais do Serviço Social necessitam capacitar-se para atender diversos

conflitos e garantir um atendimento humanizado aos usuários. São principalmente ações como: obtenção de dados dos usuários e dos familiares por meio do preenchimento da ficha social ou de questionários; acompanhamento dos processos de solicitação de exames; aquisição de medicamentos; acesso ao transporte e à alimentação; socialização de informações acerca de normas institucionais, direitos e processos burocráticos; emissão de atestados e declarações, dentre outros.

Ademais, a atuação profissional nos hospitais é marcada por ações de orientações sobre os cuidados que usuários e acompanhantes devem tomar durante o atendimento, para evitar comportamentos que ameacem seu estado de saúde.

Como necessidades do sistema estão: a rotatividade dos leitos, para atender demandas reprimidas ou a lógica de produtividade; a interpretação de normas e rotinas, abarcando todas as orientações de funcionamento das unidades de serviços, bem como de posturas a serem adotadas pelos envolvidos durante o processo de atendimento; e o registro de todas as ocorrências como forma de resguardar instituição, profissional e usuário (COSTA, 2009).

Efetivamente, os assistentes sociais desempenham funções como “instrumento viabilizador de condições objetivas para a realização do processo de trabalho em saúde [...] para tornar possível o acesso dos segmentos excluídos do próprio serviço existente [...]”. (COSTA, 2009, p. 336-337).

A ampliação dos serviços prestados na média complexidade viabiliza a potencialização da resolubilidade da atenção primária e contribui com a redução da sobrecarga do nível terciário.

Também integram a Rede de Atenção à Saúde (RAS) as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) que vêm incorporando um significativo contingente de assistentes sociais requisitados para: realizar busca ativa; prestar orientações acerca de benefícios e direitos; liberar acompanhamento de visitas e transferência de usuários.

O nível de atenção terciária ou alta complexidade inclui as demandas mais complexas em saúde, que exigem a incorporação de alta tecnologia, gerando demandas ao setor do Serviço Social que decorrem do agravamento das condições socioeconômicas, das dificuldades em acessar serviços mínimos na atenção básica e da subordinação de ações preventivas às curativas (SILVA, 2016). Desse modo, a insuficiência na prestação dos serviços na atenção básica e a fragilidade na

articulação com a atenção secundária se refletem na entrada de usuários na atenção terciária.

Neste nível, as dificuldades no acesso se apresentam de forma mais expressiva, apesar da complexidade dos diagnósticos e dos tratamentos. Emergências superlotadas, delongas na marcação de consultas especializadas e no início dos tratamentos, insuficiência de leitos frente ao fluxo são cada vez mais presentes.

Fatores como desemprego; desigualdade no acesso à renda, bens e serviços; inexistência de saneamento básico, condições precárias ou desprovimento de moradia são alguns dos agravantes que devem ser considerados na definição de diagnósticos e tratamentos, sejam eles individuais ou coletivos. Com isto, aos profissionais do Serviço Social são requisitadas medidas que favoreçam a análise das demandas e apontem propostas de encaminhamentos resolutivos para as múltiplas situações identificadas no contexto hospitalar (SILVA, 2016).

Segundo Sousa e França (2015), no âmbito da alta complexidade em saúde, os assistentes sociais desenvolvem atividades de cunho socioeducativo, visando contribuir com o exercício reflexivo de usuários e acompanhantes quanto à sua participação no processo do cuidado em saúde; emergenciais, no que concerne à sua intervenção para traçar respostas imediatas quanto às demandas de transporte e alimentação; e socioterapêuticas, no que se refere à execução da escuta qualificada com fins de identificar a existência de conflitos e fortalecer, se necessário, o vínculo entre usuários, profissionais e familiares.

Acrescentam-se no âmbito da atuação profissional, as atividades de mobilização e participação social, bem como de planejamento e assessoria. Para Costa (2009), as duas primeiras reúnem as atividades político-organizativas voltadas a estimular as comunidades a participarem dos processos de implantação e implementação dos Conselhos de Saúde. Já o planejamento e a assessoria são desenvolvidos em função do fortalecimento das formas de organização e intervenção no SUS, posto que a CF/88 garante a participação dos indivíduos em espaços deliberativos desde que contribuam na formulação e proposição de estratégias de enfrentamento do processo de precarização.

Para Nogueira e Mito (2009, p. 282):

[...] os processos político-organizativos, os processos de planejamento e gestão e aos processos socioassistenciais. A integração entre esses três processos é que permite estabelecer o trânsito entre os diferentes níveis de atenção em saúde, quanto entre as necessidades individuais e coletivos, à medida que as ações profissionais estão, direta ou indiretamente, presentes em todos os níveis de atenção e de gestão.

Em termos gerais, as ações profissionais não ocorrem de forma isolada e pautam-se no conceito de cidadania, condicionando o direito ao acesso dos serviços necessários para uma saúde de qualidade, notadamente solicitando: mediação na transferência de usuários, seja para realizar exames ou ocupar vaga disponível em outra unidade; controle e liberação de visitas e entrada de objetos; autorização de alimentação para acompanhante; realização de contato com familiares e autoridades responsáveis pela locomoção em caso de alta; orientações quanto aos cuidados que devem ser tomados pós-alta; dentre outras.

Por sua vez, a insuficiência da realização de exames frente à proporção das demandas denuncia a subordinação do SUS ao setor privado, uma vez que este é o responsável pela realização do maior percentual de exames complexos. Desse modo, quando o SUS atinge a quota estabelecida por meio dos convênios, o atendimento é suspenso e os usuários entram na lista de espera sem perspectiva de agendamento.

Diante do déficit entre demanda e oferta de serviços, o assistente social é continuamente acionado, contudo é mister compreender que não lhe cabe garantir o acesso, mas a facilitação de sua viabilização mediante orientação, esclarecimento, trabalho interdisciplinar e encaminhamento para integralidade da assistência e do cuidado.

Atualmente também tem sido reforçada a contribuição do Serviço Social nas equipes de Cuidados Paliativos³ que pressupõe a ação de uma equipe multidisciplinar capaz de assistir os usuários de maneira ampliada e integral. Ao compor a equipe, o assistente social procura realizar o estudo de caso, fazendo uso das técnicas de acolhimento e escuta, para encurtar a distância entre usuário-família-profissionais e fortalecer essa relação de maneira humanizada e efetiva

³ Conforme conceitua a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), os cuidados paliativos se referem à assistência prestada por uma equipe multidisciplinar com fins a garantir uma melhor atenção em todos os âmbitos de saúde dos usuários que foram diagnosticados com doença em situação de incurabilidade, bem como para os familiares envolvidos neste processo.

(FROSSARD; SCHAEFFER; SIMÕES, 2020), além de orientar na proteção social e previdenciária das famílias.

Apesar da abordagem ter demonstrado ações na particularidade de cada nível de atenção, o trabalho de assistentes sociais aponta para a articulação e integração da rede, considerando as necessidades sociais dos usuários, sem isolamento ou exclusivismo das ações.

Assim, pode-se afirmar que nos três níveis de atenção em saúde o assistente social atua como o elo de interação entre os usuários, as políticas sociais e os diversos serviços disponíveis, com o intuito de garantir a integralidade das ações. As atividades profissionais organizam-se de forma a abarcar ações de educação, orientação e comunicação em saúde, visando atender as necessidades dos usuários sob a perspectiva preventiva e romper com práticas conservadoras. Desse modo, as ações realizadas pelos assistentes sociais têm funcionado como estratégias para suavizar as complicações provocadas aos usuários pelas demandas reprimidas (COSTA, 2009).

Entretanto, apesar das mudanças em andamento em torno da autoimagem e da imagem social do Serviço Social, ainda persistem incompreensões entre as equipes de saúde sobre o que é, o que faz e com o que trabalha o assistente social, haja vista os encaminhamentos cotidianos ao setor de demandas que não lhe compete intervir. Ações como marcação de consultas e exames, pesagem de crianças, comunicação de óbito, emissão de declarações de comparecimentos em casos que o atendimento não foi realizado pelo profissional, dentre outras, são requisitadas ao assistente social, mesmo expressando desvio de função (CFESS, 2010).

O próximo capítulo tratará da perspectiva da instrumentalidade em movimento dialógico com o PEPP, buscando resgatar as ideias centrais dessa discussão e revelar o que vem sendo debatido nos espaços coletivos da categoria.

CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DA PRODUÇÃO INTELECTUAL ACERCA DA INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

Neste capítulo será apresentado o detalhamento do percurso metodológico delineado para a pesquisa bibliográfica sistemática integrativa desenvolvida, bem como os dados obtidos, de modo a apresentar como vem sendo abordado o tema da instrumentalidade na literatura ao dialogar com o Projeto Ético-Político Profissional e, a partir disto, revelar qual a instrumentalidade prevalente no exercício profissional na política de saúde.

3.1 Percurso metodológico da pesquisa bibliográfica sistemática integrativa

O ato de pesquisar se refere a uma atividade científica inerente à produção de novos conhecimentos, cuja investigação pauta-se em um objeto de estudo extraído do real e que desperta o interesse em desvelar as mediações deste processo, através do uso de método, conceitos e técnicas previamente definidas (MINAYO, 1994).

Todavia, a produção do conhecimento nos moldes da sociedade capitalista contemporânea é cooptada pela lógica produtivista-aligeirada, que aponta para uma articulação entre universidade-empresa-Estado. Nesta relação, as universidades veem tendo sua autonomia acadêmica reduzida pelo meio empresarial, em virtude do processo de mercantilização da educação, gerando uma desqualificação dos critérios mais tradicionais da acadêmica (LIMA; MIOTO, 2007).

Como todo fenômeno é envolto por múltiplas causalidades que o determinam através de mediações, constituído por partes que estão em constante interação consigo nesse processo e, portanto, não isolado na realidade concreta (KOSIK, 1996), considera-se para este estudo a relação entre os Determinantes Sociais de Saúde e as requisições para o trabalho do Serviço Social, as desigualdades e contradições do sistema capitalista, as particularidades da história do Estado, da sociedade e da perspectiva de cidadania e proteção social brasileiras e as inflexões do mercado e do setor privado sobre as políticas sociais que, no caso da saúde, se conjuminam dificultando a materialização das propostas do PRSB, tencionam o PEPP e atravessam a instrumentalidade do trabalho do Serviço Social.

Nesse sentido, reitera-se o compromisso e a fidelidade da pesquisadora com os procedimentos metodológicos que norteiam o caminhar da pesquisa, tal como a proposta apresentada, tendo como foco a análise da instrumentalidade do trabalho de assistentes sociais na política de saúde, paramentada pelo Projeto Ético-Político Profissional.

Minayo (1994, p. 16) define metodologia como “[...] o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade.” Por esta razão, deve incluir “[...] as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador”, requerendo um instrumental coerente e coeso com as necessidades do objeto em questão.

Nessa perspectiva, em relação aos procedimentos teórico-metodológicos adotados, entende-se que inicialmente a escolha do método para a construção do conhecimento é algo indispensável para o refinamento do objeto a ser investigado, posto que é ele quem permite a devida apropriação das categorias fundamentais para o desenvolvimento de uma pesquisa efetiva.

Desse modo, o caminho percorrido teve como lente orientadora o materialismo histórico-dialético, visto que este método instiga o pesquisador a observar e investigar o objeto de estudo pela categoria da totalidade, para que apreensões imediatistas possam ser evitadas e seja possível buscar a essência do objeto por meio de mediações.

Ademais, prioriza-se pelo método dialético, em virtude deste instigar

[...] o pesquisador a pesquisar sempre considerando a contradição e o conflito; o ‘devir’; o movimento histórico; a totalidade e a unidade dos contrários; além de apreender, em todo o percurso de pesquisa, as dimensões filosófica, material/concreta e política que envolvem seu objeto de estudo. (LIMA; MIOTO, 2007, p. 39).

Sendo assim, compreende-se que o conhecimento do objeto de análise requer a concordância de que o mesmo está inserido em uma processualidade histórica e complexa, e que, por isso, demanda uma análise para além da aparência e que considere a dinamicidade que rege a realidade social em que está inserido tal objeto.

Neste estudo, optou-se por realizar uma pesquisa bibliográfica acompanhada por levantamento documental. Este de natureza qualitativa,

correspondendo à análise de documentos oficiais que apresentam em sua estrutura os princípios, as diretrizes, as competências e atribuições privativas que norteiam o exercício profissional na política de saúde, identificados nas páginas oficiais do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) e da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), bem como no PEPP, delimitado o período de 2010 a 2019 para a seleção das obras. Os documentos oficiais supracitados são: Os Parâmetros para atuação do Assistente Social na saúde (CFESS, 2010); As Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social (ABEPSS, 1996); o Código de Ética Profissional (1993) e a Lei que regulamenta a profissão (Lei nº 8.662/1993).

A **pesquisa bibliográfica é do tipo sistemática integrativa** porque se investiga e discute a temática com base em um material já elaborado, por meio da construção de um estudo secundário (LIMA; MIOTO, 2007); sistemática, pois remete a uma abordagem científica que apresenta etapas pré-definidas para responder aos objetivos da pesquisa, de modo a favorecer à fundamentação da temática; e integrativa, por permitir a construção de novos conhecimentos a partir da sistematização do conhecimento científico já produzido a respeito do tema, a fim de visibilizar tanto a evolução do tema quanto a supressão das lacunas desveladas (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

A pesquisa bibliográfica refere-se ao processo de seleção do material a ser utilizado como base teórica para o desenvolvimento da pesquisa, através da extração das informações condizentes à temática tratada. Como afirma Amaral (2007, p. 1):

A pesquisa bibliográfica é uma etapa fundamental em todo trabalho científico que influenciará todas as etapas de uma pesquisa, na medida em que der o embasamento teórico em que se baseará o trabalho. Consistem no levantamento, seleção, fichamento e arquivamento de informações relacionadas à pesquisa.

Quanto à sua natureza, a mesma possui um **caráter exploratório**, pois demandou analisar e refletir criticamente as produções existentes acerca do objeto estudado, com o intuito de ampliar o conhecimento de categorias e conceitos, a fim de confirmar ou refutar a questão norteadora dessa pesquisa (LIMA; MIOTO, 2007).

[...] para a realização de uma pesquisa bibliográfica é imprescindível seguir por caminhos não aleatórios, uma vez que esse tipo de pesquisa requer alto grau de vigilância epistemológica, de observação e de cuidado na escolha e no encaminhamento dos procedimentos metodológicos. (LIMA; MIOTO, 2007, p. 8).

Assim, a pesquisa bibliográfica do tipo sistemática integrativa não pode ser desenvolvida de forma aleatória, visto que deve seguir o processo metodológico adotado para o estudo do objeto delimitado, garantindo a confiabilidade de sua realização. Este tipo de pesquisa requer a sistematização de um ordenamento de ações a serem seguidas, obedecendo à sequência dos critérios previamente definidos, na medida em que a fundamentação do objeto estudado vai sendo construída.

O material consultado foi extraído dos periódicos científicos da sciELO, do Google Acadêmico e da Lilacs, bem como das páginas oficiais do CFESS, da ABEPSS e dos anais do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), mediante seleção de trabalhos que tratassem da temática e contribuíssem para a produção de novos conhecimentos. A revisão integrativa foi realizada entre dezembro de 2020 e maio do corrente ano, cujo material foi acessado nas páginas eletrônicas da base de dados escolhida.

A escolha pelo CBAS partiu de sua representação enquanto maior evento científico do Serviço Social brasileiro, realizado pelas entidades representativas da profissão, o qual se ressignifica a cada nova edição no fortalecimento de espaços qualificados de debates profissionais e organização política. Outrossim, em virtude de sua natureza político-científica, representa um amplo espaço de socialização de produções científicas decorrentes de experiências profissionais, assim como do processo formativo a nível de graduação e pós-graduação.

O CBAS acontece a cada três (3) anos e dentro da delimitação de tempo empregada nesta pesquisa (2013-2019), foram analisadas três edições: 14º CBAS, ocorrido no período de 14 a 18 de outubro de 2013, em Águas de Lindóia, São Paulo, cujo tema foi: “Impactos da crise do capital nas políticas sociais e no trabalho de assistentes sociais”; 15º CBAS, realizado em Olinda (PE), entre 5 e 9 de setembro de 2016, tendo como tema os “80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão”; e 16º CBAS, acontecido de 30 de outubro a 3 de novembro de 2019, em Brasília (DF), com o tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”.

Para definição da amostra da pesquisa foram criados alguns critérios, sendo eles:

- Seleção e análise apenas dos artigos científicos que abordaram Projeto Ético-Político Profissional e política de saúde;
- Seleção e análise dos artigos científicos que trataram da instrumentalidade no exercício profissional de assistentes sociais na saúde;
- Foram considerados também os relatórios do CFESS e da ABEPSS selecionados nos anos de 2010 a 2020, por entender-se que estes trazem em sua estrutura uma rica discussão, uma vez que foram escritos em um período relevante para a história da Política de Saúde no Brasil.

Os principais instrumentos de coleta utilizados foram a leitura e o fichamento, para verificar a relação estabelecida entre a produção selecionada e o tema explorado, de modo a identificar e eleger os dados mais favoráveis à compreensão da temática em questão.

Inicialmente foi executado um levantamento bibliográfico por meio da definição de descritores e/ou palavras-chaves, bem como da realização de fichamentos dos artigos, a fim de selecionar o material que apresentasse conteúdo próximo à discussão proposta pela pesquisa, atentando a categorias e conceitos como: Serviço Social, saúde, instrumentalidade, política de saúde e Projeto Ético-Político Profissional.

Conforme proposto pelo método de revisão integrativa, houve a necessidade de se estabelecer critérios de inclusão e exclusão: definir pela seleção de materiais que versassem sobre o exercício profissional de Assistentes Sociais na política de saúde e no período temporal definido; e dispensar as obras que tratassem da abordagem de outras políticas ou que recaíssem no conservadorismo, respectivamente.

Executado o período da coleta, iniciou-se a realização dos procedimentos de leitura apontados por Lima e Miotto (2007): identificação do tema central e objetivo da obra, destaque dos conceitos utilizados, reconhecimento do paradigma teórico, elementos teórico-metodológicos e técnico-operativos.

Para isso, utilizou-se de critérios como: análise de artigos por títulos e palavras-chave, atentando para os descritores empregados nessa pesquisa, seguida da realização de fichamentos para uma melhor apropriação da discussão trazida pelo material selecionado.

Feito isso, e ainda com base nas considerações de Lima e Mioto (2007), seguiram-se as fases de leitura e tratamento dos dados: Leitura de Reconhecimento, Leitura Seletiva, Leitura Reflexiva-crítica, Leitura Interpretativa e Síntese Integradora.

Logo após a realização da leitura de reconhecimento do material selecionado, avançou-se para a etapa da averiguação e processo de identificação se, de fato, o material elegido apresentava articulação teórica com o os fins da pesquisa. Posteriormente a essa leitura exploratória, operou-se a leitura seletiva para definir o material utilizado na discussão pretendida pela sistematização dos objetivos geral e específicos.

Prosseguiu-se exercitando a criticidade dentro do processo de leitura, para que as informações obtidas pudessem ser ordenadas com base nos critérios estabelecidos, refletindo-se sobre o material selecionado, as discussões propostas pelos autores e definindo-as quanto ao seu grau de proximidade com o tema.

Desse modo, avançou-se para a última fase da construção do esboço metodológico que consistiu em associar as considerações da literatura com as reflexões críticas da pesquisadora, através do método da interpretação.

Para a realização da análise, foi utilizado um instrumento de pesquisa desenvolvido pelas docentes Ana Paula Rocha de Sales Miranda e Patrícia Barreto Cavalcanti e demais integrantes do grupo do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS) (MIRANDA; CAVALCANTI, 2017), contido no apêndice e denominado de “Roteiro para leitura e registro de informações de pesquisa”. Seguindo estes procedimentos metodológicos, acreditou-se que seria possível identificar os aspectos mais relevantes acerca da temática e construir uma análise confiável que permitisse um embasamento teórico sólido ao estudo proposto.

3.2 Perspectivas da instrumentalidade profissional

Conforme abordado nos apontamentos gerais do capítulo 1, a instrumentalidade não se resume a instrumentos e técnicas empregados no cotidiano profissional, mas refere-se a um campo de mediação capaz de articular as três dimensões constitutivas com vistas a responder as demandas dos usuários.

Leia-se: instrumentalidade enquanto capacidade de adequação dos meios (instrumentos) aos fins (finalidade).

Os instrumentos se apresentam como potencializadores das intencionalidades teórico-metodológicas e ético-políticas do profissional para a efetivação de sua ação à medida que as técnicas constituem a maneira como o profissional guia sua prática. Configuram-se como estratégias utilizadas para materializar a ação pensada para as demandas identificadas no cotidiano profissional, divididos em diretos e indiretos.

Os instrumentos diretos proporcionam a interação face a face do profissional com o usuário, através do diálogo, tais como: entrevista; observação; visita domiciliar ou institucional; atendimento social; dinâmica de grupo; reuniões de equipe. Enquanto que os instrumentos indiretos dizem respeito aos registros feitos durante a execução dos instrumentos diretos, destacando-se: relatório social; perícia social; laudo social; parecer social; ata de reunião; livro de registro e diário de campo (SOUSA, 2008).

Embora os instrumentos não se resumam à dimensão técnico-operativa, fazem parte dela com as estratégias, táticas, técnicas e habilidades utilizadas para orientar a ação profissional. Assim, a operacionalização da ação permitida nesse processo não admite neutralidade, dado que reúne escolhas e valores sustentados na dimensão ético-política ancorada na dimensão teórico-metodológica.

A dimensão técnico-operativa é situada na legislação profissional, como na Lei 8662/93 quando trata das competências: “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”; quanto nas atribuições privativas: “IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social” (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 1993).

A Resolução CFESS nº 557/2009, que dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais traz na tessitura dos artigos o enfoque privativo dos profissionais na elaboração dos instrumentos sobre matéria de Serviço Social, visto que a profissionalização da profissão é marcada pelo trabalho em equipe multiprofissional, devendo ser mantidos e respeitados os seus limites, garantindo o compromisso ético-político defendido pelo PEPP.

Ademais, mesmo que alguns instrumentos e algumas técnicas de investigação e/ou intervenção sejam comuns a outras profissões, a sistematização dos fundamentos de sua utilização é que os distinguirá em acordo às especificidades de cada área.

Guerra (2014) considera que a tendência é sobrevalorizar a dimensão técnico-operativa em detrimento das demais, provoca no campo interventivo metodologismo e instrumentalismo que reduzem a intervenção profissional à prática burocratizada, embora a instrumentalidade enquanto categoria ontológica e/ou reflexiva possua condições reais para questionar concepções que recaiam no imediatismo e no pragmatismo.

A superação desses dois elementos demanda, a incorporação de duas determinações básicas: uma, que indica a necessidade de relacionar o processo de formação profissional à análise mais ampla das relações sociais que perpassam a sociedade capitalista, considerando as demandas postas pelo capital; e outra, que aponta para as condições sociohistóricas nas quais a atuação profissional se materializa, induzindo à conclusão da natureza contraditória que a instrumentalidade e o próprio Serviço Social que ora conservam/reproduzem, ora negam/superam particularidades da ordem vigente (GUERRA, 2014).

Costa (2008, p. 42), considera que

[...] elevar a discussão da instrumentalidade do Serviço Social ao patamar acima proposto representa uma possibilidade de grandes avanços no processo de legitimidade e de efetivação do projeto ético-político da profissão, uma vez que permite pensar os valores que subjazem às ações, avaliando o nível e a direção que se imprime a essas ações no exercício profissional.

É somente com a soma do conhecimento da realidade sobre a qual e na qual os profissionais intervirão ao seu acúmulo teórico-metodológico que possuirão elementos concretos para responder com competência qualificada às demandas tradicionais e emergentes dos usuários. Desse modo, ratifica-se a necessidade de superar a racionalidade formal-abstrata e fortalecer toda a base emancipatória e crítica do PEPP que busca compreender os fenômenos em sua totalidade.

A necessidade de superação da racionalidade formal-abstrata reside na sua insuficiência, limitada ao plano da superficialidade que fragmenta e descontextualiza

a realidade, de modo a ser funcional à ordem do capital pelo emprego de ações engessadas e manipulatórias.

Todavia, a existência de dois níveis de racionalidades que disputam a centralidade no cotidiano profissional, permite ao assistente social assumir uma ou outra em sua intervenção, em virtude de sua relativa autonomia perante os processos contraditórios postos nas esferas das relações sociais e institucionais.

Foi a análise crítico-dialética que permitiu captar a instrumentalidade nas suas possibilidades, no seu vir a ser, ou seja, *como mediação, conduto por onde passam as teorias, os valores, princípios que determinam a escolha dos instrumentos, das técnicas, das estratégias e das táticas*, contendo a possibilidade de trazer à luz tais componentes do projeto profissional. (GUERRA, 2016, p. 301, grifos da autora).

Reconhecer que a instrumentalidade se constitui a partir da práxis requisita a compreensão do processo de trabalho dividido em três momentos: atividade (adequação das demandas); matéria (objeto de trabalho – “questão social”) e meios (instrumentos). Ao equilibrar esses três momentos, o profissional terá condições objetivas para intervir na realidade a fim de transformá-la (IBIDEM), mas isto exige permanente aprimoramento epistemológico e exercício reflexivo sobre a prática, de modo a captar o movimento e as mudanças da realidade social.

A linguagem enquanto recurso básico e principal instrumento do Serviço Social (IAMAMOTO, 2013; MAGALHÃES, 2003) é o meio pelo qual profissionais e usuários interagem, a partir da sistematização da comunicação ao fazer uso de outros instrumentos e técnicas. É ela quem “[...] possibilita a construção da identidade de um determinado grupo social [...]” (SOUSA, 2008, p. 125) e do mesmo modo, permite à categoria criar uma identidade social que seja capaz de articular teoria e prática.

Voltando à particularidade do debate do Serviço Social na área da saúde, apesar das inúmeras dificuldades impostas pelo cenário de retrocessos sociais, para que haja um diálogo estreito entre instrumentalidade emancipatória e o PEPP, o profissional não pode perder de vista que a centralidade de sua intervenção está na defesa dos direitos sociais dos usuários, construindo caminhos estratégicos que permitam dialogar com as instituições e ultrapassar intervenções burocráticas e fragmentadas (IAMAMOTO, 2015a).

Perante levantamento bibliográfico de algumas das principais obras de referência do trabalho do Serviço Social em saúde, constata-se que uma das mais valiosas técnicas de trabalho do assistente social nesta política é a educação em saúde e, segundo Figueiredo, Rodrigues Neto e Leite (2010), existem dois modelos que abordam as atividades de educação em saúde: o tradicional e o dialógico.

No modelo tradicional, os indivíduos são vistos como seres passivos, cabendo à educação a tarefa de ensinar os meios para se adaptarem à realidade, através de um ensino verticalizado que concebe o educador como figura central, o foco das atividades é nas patologias, em virtude da prevalência do pensamento curativista que adota medidas de prevenção centradas na mudança de comportamento dos indivíduos.

Já o modelo dialógico toma a aprendizagem como um processo mútuo entre educador e educando, uma vez que o usuário, enquanto sujeito histórico, social e cultural, é o protagonista da sua própria história, participando ativamente da prática educativa e dos processos decisórios, por meio do que a intervenção é centrada no diálogo mediante análises críticas em torno da realidade em questão e da construção coletiva das necessidades da população, conforme exhibe a Figura 2.

Figura 2: Síntese das concepções, vantagens, desvantagens e aplicações dos Modelos Tradicional e Dialógico de educação

MODELO TRADICIONAL	MODELO DIALÓGICO
Concepções Educação Bancária; Transmissão de conhecimentos e ampliação de informações; Cabeça bem-cheia; Educandos: depósitos de conteúdos, são objetos do educador; Não há estímulo para criação; Seres passivos; Educação verticalizada; Considera-se a realidade do educador; Pode não haver mudanças de hábitos e comportamentos; Proporciona menor autonomia ao educando.	Concepções Educação Problematicadora; Construção de conhecimentos e competências; Cabeça bem-feita; Educandos: portadores de um saber, objeto de uma ação educativa e sujeito da própria educação; Aprende-se por meio de uma prática reflexiva; Seres ativos; Educação baseada no diálogo; Considera-se a realidade do educando; Mudanças duradouras de hábitos e comportamentos; Proporciona maior autonomia ao educando.
Vantagens Proporciona à população o conhecimento produzido cientificamente; Amplia informações e conhecimentos já existentes; Produz aquisição de conhecimento.	Vantagens Construção coletiva do conhecimento; Proporciona ao educando visão crítica e reflexiva da realidade; Capacita o educando para tomada de decisões.
Desvantagens Formação de um indivíduo passivo, mero receptor de informações; Não aplicação à realidade dos conteúdos ensinados; Relação assimétrica entre educador e educando.	Desvantagens Falta de conhecimento e capacitação de profissionais para aplicação deste modelo.
Aplicação Projetos e capacitações de abrangência nacional; Grupos com alto número de participantes; Finalidade de sensibilização, sem necessariamente mudança de prática.	Aplicação Projetos e capacitações de abrangência comunitária; Grupos com menor número de participantes; Atitudes de promoção de saúde; Finalidade de produzir autonomia no indivíduo.

Fonte: Figueiredo; Rodrigues Neto; Leite (2010, p. 120).

A figura 2 demonstra que o modelo dialógico de educação em saúde sustenta a abordagem crítico-reflexiva da realidade, logo condiz com a perspectiva teórico-metodológica hegemônica do Serviço Social, propor a coparticipação dos usuários nos processos de educação que é permeada por relações horizontais que primam pela visão crítica da realidade e conseguinte, dos serviços e demandas que englobam o SUS.

De acordo com Santos e Senna (2017), a educação em saúde proporciona bases para que o assistente social conheça a realidade dos usuários e a partir dela, seja capaz de construir ações educativas de caráter coletivo que estimulem a emancipação humana, dando materialidade à dimensão política do exercício profissional. Para as autoras, o potencial ético-político dos profissionais em congruência com a educação em saúde permite uma articulação das distintas mediações e contradições identificadas no cotidiano prático, dado que potencializa a operacionalização do PEPP e contribui para a transformação social.

Embora existam na literatura diferentes concepções de educação em saúde, decorrentes dos modelos de atenção à saúde que historicamente constituem a política de saúde, a perspectiva que ganha destaque junto ao PEPP e ao Movimento da Reforma Sanitária é a que dialoga criticamente com a perspectiva ampliada de saúde e que é delineada por:

Ações coletivas que democratizem informações e conhecimentos necessários para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, a partir de uma prática educativa crítica, que fortaleça a autonomia dos sujeitos e que seja construída por dois sujeitos sociais: profissionais e usuários. (SANTOS; SENNA, 2017, p. 440).

O desafiante dessa contestação é fazer a autocrítica em torno do processo que engloba os meios e os fins que marcam a luta travada pelos trabalhadores nas últimas décadas. É preciso compreender o processo de fetichização da democracia provocada pelas forças políticas de esquerda, que ao chegar ao poder não seguem com as estratégias primárias da Reforma Sanitária. O preço pago pela democracia de cooptação foi caro à classe trabalhadora e tem desdobramentos até os dias atuais como reflexo de um contexto de apassivamento da luta (DANTAS, 2017).

Neste contexto de cruzada antidemocrática do capital às propostas do MRSB, identificam-se fatores que favorecem a inviabilização do PEPP, dentre os quais se destacam: limitação das atividades assistenciais e aviltamento da formação profissional. Tais fatores representam uma ameaça real ao projeto profissional, uma vez que expressa em sua direção sociopolítica um confronto ético, político, teórico e prático ao neoliberalismo (COSTA, 2009).

Desse modo, a seguir buscar-se-á apreender os desdobramentos destes confrontos permanentes entre público e privado na política de saúde, ao refletir sobre os processos de trabalho que os assistentes sociais integram à luz do que vem sendo debatido em espaços de discussões da categoria.

3.3 Reflexões acerca do trabalho de assistentes sociais na política de saúde pelo ângulo do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS – 2013, 2016 e 2019)

Ao investigar o processo sócio histórico de amadurecimento profissional do Serviço Social no Brasil, verifica-se uma intrínseca relação entre trabalho, pesquisa e produção do conhecimento, relação que sustenta posicionamentos teóricos e políticos que revelam o caráter predominantemente interventivo da profissão, sem abandono do processo reflexivo. Desde o final do século XX, o Serviço Social empenha-se em se consolidar como área de produção do conhecimento no conjunto das ciências sociais e humanas, do que resulta o estabelecimento de um novo estatuto após a criação e consolidação dos programas de pós-graduação: o de produtor de conhecimento.

O protagonismo das universidades na década de 1980 resulta do amadurecimento da produção teórica instigado pelo movimento de “intenção de ruptura”. Nesse contexto, com o avanço das pós-graduações alinhadas à perspectiva crítica hegemônica nas áreas de pesquisa da profissão, o Serviço Social renova a sua imagem profissional e firma a pesquisa como recurso metodológico indispensável para a prática profissional (MENDES; ALMEIDA, 2014).

Nivelada às exigências do PEPP, a produção do conhecimento e a pesquisa configuram-se como demandas fundamentais para um exercício profissional crítico, propositivo e que seja capaz de ampliar os horizontes desde o momento da apreensão das demandas sociais à construção de possíveis alternativas.

Desse modo, esta seção destina-se a refletir sobre a categorização dos artigos selecionados para este estudo, através da utilização do roteiro de leitura para as edições do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) dos anos de 2013, 2016 e 2019, sendo selecionados 58 artigos, todos lidos na íntegra para a realização da pesquisa integrativa.

Neste tópico da pesquisa bibliográfica, optou-se por trazer as informações e incorporar todos os trabalhos que abordaram qualquer uma das palavras-chave e/ou descritores Serviço Social, saúde, instrumentalidade, política de saúde e Projeto Ético-Político Profissional, a fim de trazer mais indicativos para o estudo, clarificando algumas das tendências do debate sobre o direcionamento da instrumentalidade no Serviço Social brasileiro. No entanto, no item seguinte serão abordados exclusivamente os trabalhos que mantiveram presentes as palavras-chave e/ou descritores em conjunto: Serviço Social, saúde e instrumentalidade.

Após identificação e caracterização dos trabalhos, um dos primeiros elementos analisados foi a vinculação do material elegido com o tema da pesquisa: trabalho do Serviço Social em saúde. Contudo, como investigações que reportam à instrumentalidade não são numerosas, também foram incorporados artigos que apresentassem a instrumentalidade, mesmo em outra política, daí a opção da classificação em “parcialmente”.



GRÁFICO 1: Vinculação com o tema da pesquisa (CBAS – 2013, 2016 e 2019).
FONTE: Dados primários (João Pessoa-PB, 2021).

Esclarece-se que os trabalhos que apresentaram vinculação parcial com o tema foram assim descritos por tratarem em sua tessitura de análises isoladas acerca dos descritores empregados neste estudo.

Por sua vez, 52% dos trabalhos não apresentaram identificação quanto à vinculação dos autores às instituições de trabalho e/ou ensino. Esta vinculação poderia referir-se a autores na qualidade de profissionais e/ou discentes que ocupassem espaços públicos e/ou privados. Assim, verificou-se que 38% dos artigos estão vinculados às instituições públicas e 10% às instituições privadas. Dentre os trabalhos que identificaram o tipo instituição – se pública ou privada – houve a primazia das instituições públicas, sejam como espaços de atuação, sejam como ambientes acadêmicos, mesmo diante do avanço do projeto de contrarreforma do Estado que atinge e subordina o ensino superior público à lógica do mercado (GRÁFICO 2).

É interessante frisar que a universidade pública resiste, apesar do orçamento deficitário decorrente dos frequentes cortes de verbas; da propagação do ensino superior privado, com uma forte reprodução da Educação a Distância (EAD), da mercantilização educacional e da negação do tripé: pesquisa, ensino e extensão. A educação não está imune aos processos provocados pela retração do Estado no campo das políticas sociais, de modo que se encontra útil às interferências do empresariado e sujeita às forças contraditórias que incidem neste movimento.

Nesta perspectiva, Iamamoto (2015a) se opõe ao aligeiramento do processo formativo, bem como à precarização das condições e relações de trabalho, revelando que esse processo prejudica a formação profissional de cunho crítico e atinge diretamente o projeto de profissão proposto pelas Diretrizes Curriculares e consequentemente impacta a formação de profissionais, cada vez mais solicitados a serem habilitados a servir às exigências do mercado, conforme demanda o movimento dos processos sociais na contemporaneidade.

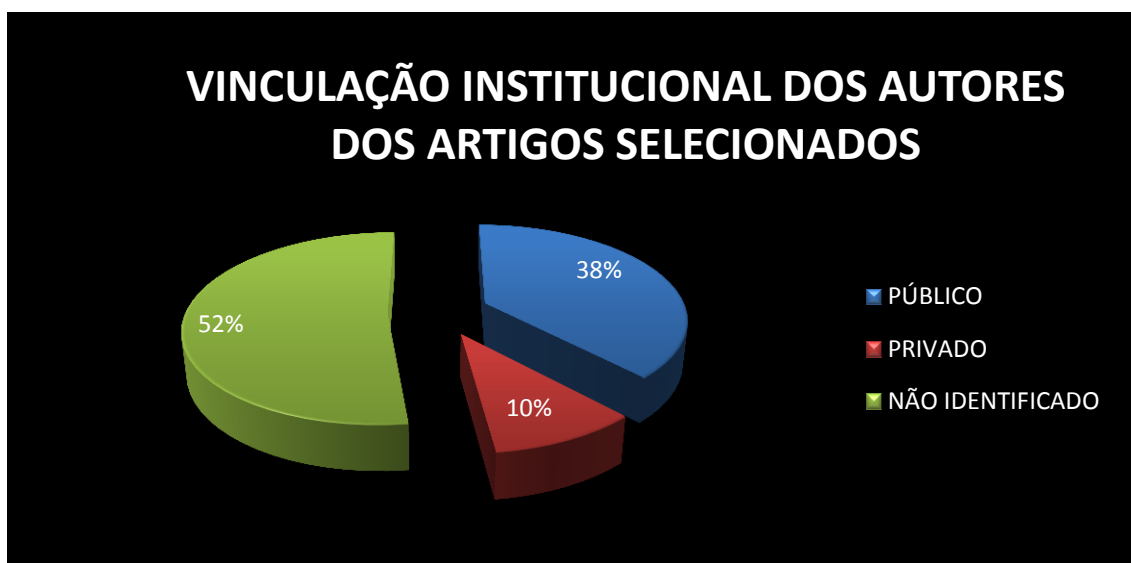


GRÁFICO 2: Vinculação institucional dos autores dos artigos selecionados (CBAS – 2013, 2016 e 2019).
FONTE: Dados primários (João Pessoa-PB, 2021).

O gráfico 2 reitera a confirmação da pesquisa realizada pelos Conselhos Regionais de Serviço Social em parceria com a Universidade Federal de Alagoas (UFAL), no ano de 2004, de que o Estado se configura como o maior empregador de assistentes sociais. Dezesete anos depois, identifica-se ainda a tendência histórica da inserção do Serviço Social no âmbito estatal (CFESS, 2005).

No percurso da realização da coleta dos dados, despertou-se o interesse por conhecer a região de origem dos artigos selecionados, obtendo como resultados: 38% dos artigos não trouxeram em sua estrutura a região explícita, 36% são oriundos da região Nordeste e 22% da região Sudeste, 2% são provenientes da região Norte e 2% da região Sul, e nenhum trabalho explicitou provir da região Centro-Oeste (GRÁFICO 3).

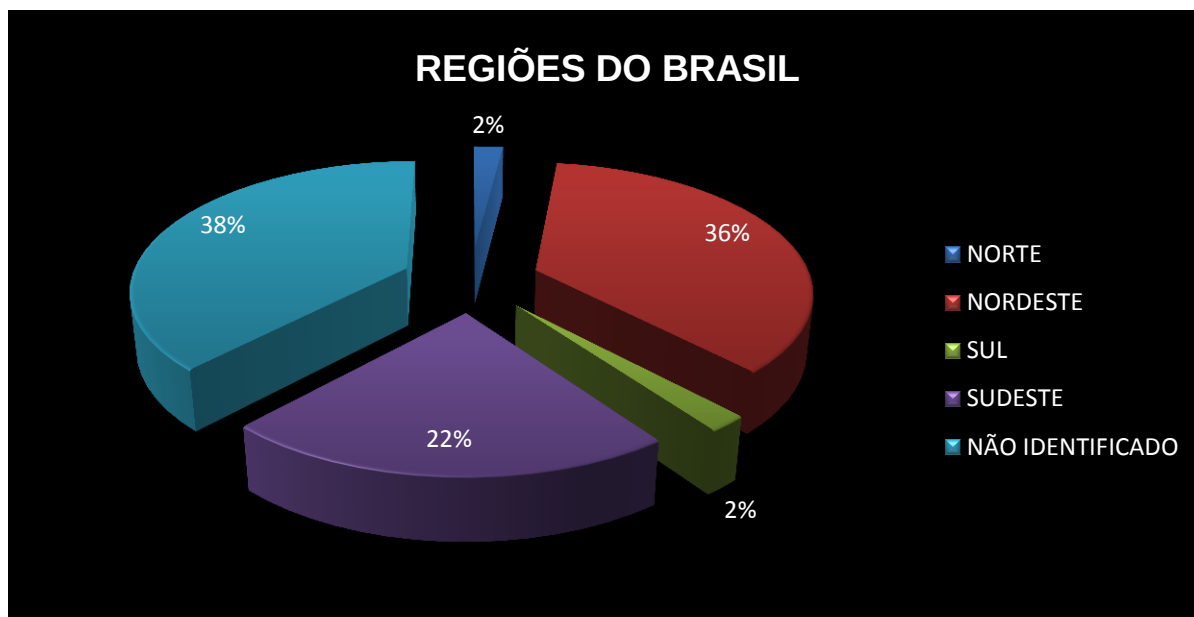


GRÁFICO 3: Regiões do Brasil (CBAS – 2013, 2016 e 2019).

FONTE: Dados primários (João Pessoa-PB, 2021).

No que concerne as duas regiões que mais concentraram os trabalhos (Nordeste e Sudeste), observa-se que se referem às regiões que abrigaram os estados sedes das edições dos CBAS examinados: 14º CBAS – São Paulo (2013); 15º CBAS – Pernambuco (2016). Todavia, a região Centro-Oeste que abrigou a realização do 16º CBAS – Brasília/DF (2019) não apresentou artigo vinculado ao objeto de pesquisa o que também revela a incipiência de estudos direcionados à instrumentalidade.

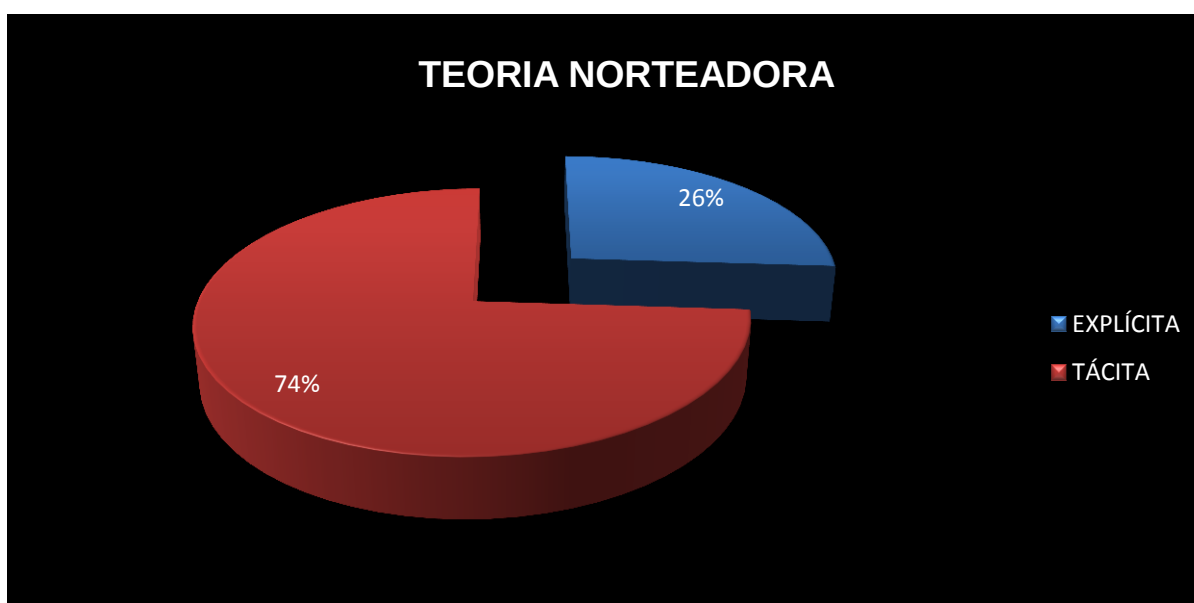


GRÁFICO 4: Teoria norteadora (CBAS – 2013, 2016 e 2019).

FONTE: Dados primários (João Pessoa-PB, 2021).

Conforme indica o Gráfico 4, 74% dos trabalhos não apresentaram a teoria norteadora no corpo do texto, 25% expuseram explicitamente, embora seja perceptível a incidência da teoria social crítica no conjunto das produções. Tal incidência se dá pela aproximação da profissão com a tradição marxista no processo de Renovação do Serviço Social brasileiro, visto que para descortinar o real concreto, os profissionais precisam superar o aparente superficial dos fenômenos, movimento permitido pela teoria social crítica hegemônica na profissão (NETTO, 2015).

O materialismo histórico e dialético é um método de interpretação da realidade que propõe a superação da dicotomia sujeito/objeto, visto que considera essa relação dialética em uma unidade indissolúvel. Esse método compreende que a realidade é histórica e está em movimento mediante polos contraditórios que a constitui (LEITE, 2017) e seu emprego representa o reconhecimento da inserção em uma sociedade que essencialmente é alienada e aliena os processos de sociabilidade, exigindo novos caminhos para sua superação.

Iamamoto (2015a) capta o significado social da profissão na sociedade capitalista e o identifica no processo de produção e reprodução das relações sociais, o que facilita a compreensão da relação estabelecida entre o Serviço Social e a teoria crítica, uma vez que ambos direcionam seus esforços teórico-metodológicos à compreensão da sociedade burguesa e às contradições desta organização que perpassam o movimento da luta de classes.

Para Silva (2013), a dinâmica do real não pode ser revelada por si mesmo, o que demanda uma apreensão racional-intelectual da realidade, sendo a última tida como ponto de partida e de chegada de uma intervenção com fins de transformação. Dessa forma, a totalidade enquanto categoria do método dialético, indica que os fenômenos estão interligados por múltiplas dimensões e que só há possibilidade de serem desvelados mediante articulação de real e aparente, para além das raízes históricas que os condicionam, caracterizando o movimento dialético proposto.

Atestou-se que 3% das produções trouxeram a presença de ecletismo, um número mínimo quando comparado ao percentual dos 97% que não apresentaram ecletismo, o que leva a crer que a validação teórica tem se concretizado de forma mais madura, reconhecendo o respeito ao pluralismo. Ademais, os dados certificaram também que a categoria tem se apropriado dos princípios fundamentais

do Código de Ética Profissional contribuindo assim, para o seu fortalecimento através de posicionamentos acadêmicos e/ou na vivência prática.

Para Fernandes (2016), é necessário que a categoria profissional compreenda a posição hegemônica ocupada pela teoria social crítica para se distanciar de posturas ecléticas. Ser pluralista significa se apropriar de teorias conexas para buscar dar conta do real, através de uma consciência epistemológica, ciente de que o ecletismo configura a tentativa de conciliar recursos reflexivos inconciliáveis, logo desconsiderados pela teoria hegemônica.



GRÁFICO 5: Presença de ecletismo (CBAS – 2013, 2016 e 2019).
FONTE: Dados primários (João Pessoa-PB, 2021).

Quanto à tipologia de pesquisa, pelo Gráfico 6, observou-se que os estudos permanecem ainda centrados nas modalidades bibliográfica e de campo. A baixa incidência de projetos de intervenção e relatos de experiência, mostrou a dificuldade de mobilizar recursos institucionais e humanos, bem como os usuários para a participação neste tipo de ação educativa, como também de avaliar e sistematizar aquelas que são constantemente realizadas nos serviços, mas nem sempre têm visibilidade ou têm sua importância reconhecida nas instituições e entre as categorias de saúde.

Os achados indicam ainda que a maior participação nos CBAS se dá entre pesquisadores e integrantes do ambiente acadêmico, não dos formuladores, planejadores, avaliadores e executores das políticas sociais, o que evidencia a necessidade de visibilizar o debate em torno do trabalho de assistentes sociais em sua intervenção direta nos serviços.

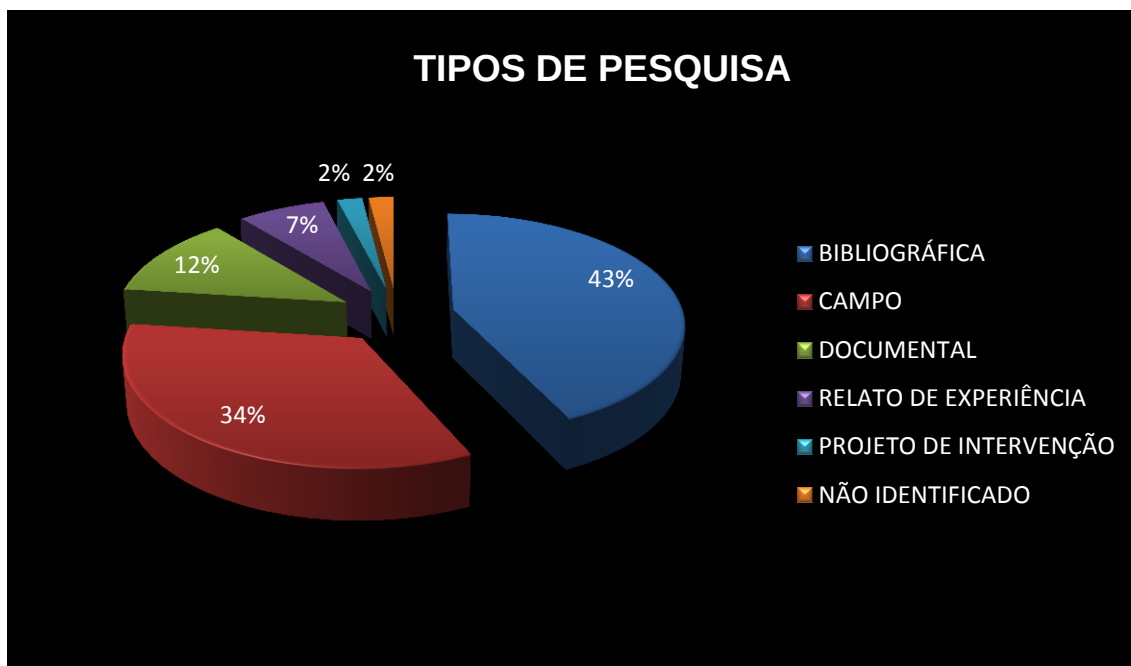


GRÁFICO 6: Tipos de pesquisa (CBAS – 2013, 2016 e 2019).

FONTE: Dados primários (João Pessoa-PB, 2021).

Sobre a organização do sistema de saúde em três níveis de complexidade, percebeu-se que havia formas distintas de requisições para organização do trabalho do Serviço Social alinhadas às demandas dos usuários.

O fato de a média (10%) e alta complexidade (12%) reunirem o maior percentual de artigos analisados que identificaram o nível de atenção onde o trabalho se realiza, deveu-se à concentração de profissionais inseridos no trabalho hospitalar, à fragilização da ESF e da AB, à administração federal atual e ao baixo reconhecimento da importância de assistentes sociais na AB, embora possam identificar a relação demanda-usuário-território (GRÁFICO 7).

Na década de 1980, com a intensificação dos movimentos populares em defesa da saúde pública, o modelo hospitalocêntrico passou a ser fortemente enfrentado e isso ocorreu em virtude da ênfase dada à relevância da prevenção e promoção da saúde tratada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma Ata, quando foi elaborada uma declaração em que a centralidade das ações de saúde seria de responsabilidade da Atenção Primária em Saúde (SILVA, 2016).

Contudo, diante das lacunas existentes entre as legislações legal-formais e sua concretização no campo prático, identifica-se a subordinação dos serviços de promoção e prevenção em saúde à lógica curativa e hospitalocêntrica. Neste sentido, ainda que os serviços estejam bastante sucateados e haja insuficiência de

oferta em relação à demanda reprimida, o modelo de saúde ainda não conseguiu efetivar o caráter preventivo e promocional do cuidado em saúde, através do fortalecimento da APS, concentrando os esforços e os recursos na recuperação.

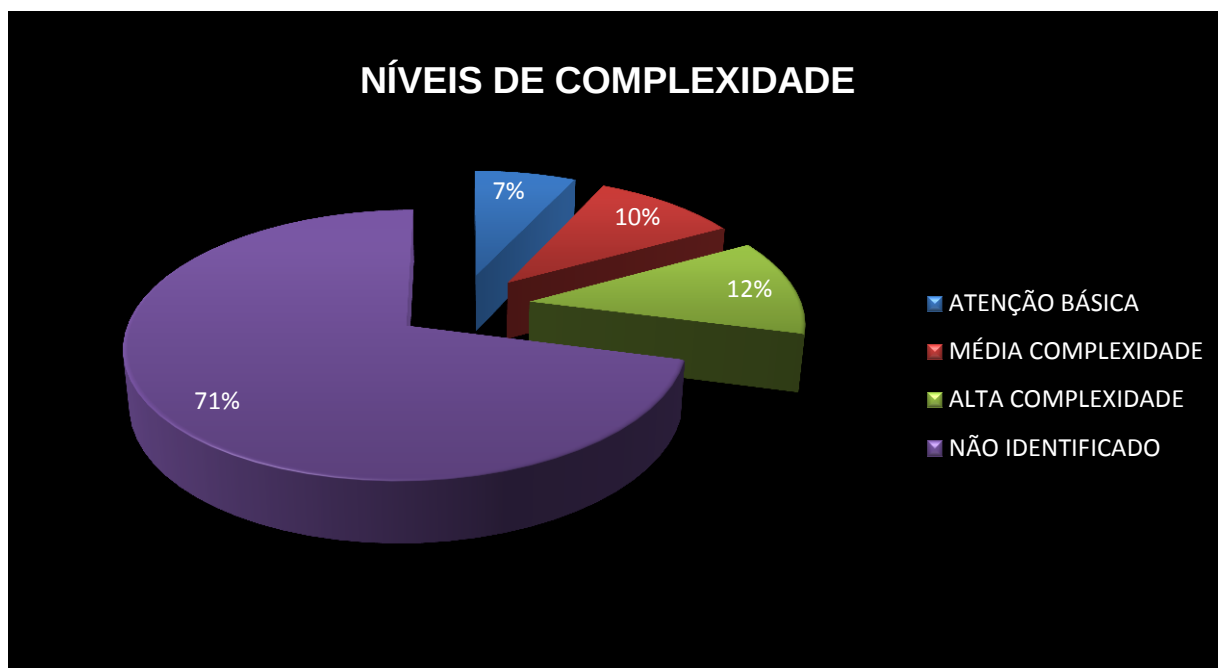


GRÁFICO 7: Níveis de complexidade (CBAS – 2013, 2016 e 2019).

FONTE: Dados primários (João Pessoa-PB, 2021).

Em relação à categoria instrumentalidade, constatou-se que 69% dos trabalhos analisados não trouxeram em sua estrutura uma concepção de instrumentalidade, enquanto que 31% apresentaram explicitamente a concepção e de forma compatível com o debate de Guerra. Isso demonstra a manutenção da falta de clareza quanto ao significado categorial, reduzido ao instrumental técnico, e a secundarização da dimensão técnico-operativa pela produção acadêmica, pela formação profissional e nos espaços de debate da categoria, o que ratifica a urgência de refleti-la e considerá-la dialeticamente junto às demais.

Entretanto, vale destacar que o percentual de artigos que abordou a instrumentalidade representou uma parcela de profissionais que cuidadosamente buscaram combater as apropriações equivocadas que têm favorecido o viés conservador, assim como fortalecer a abordagem crítica que rompe com a imediatividade.

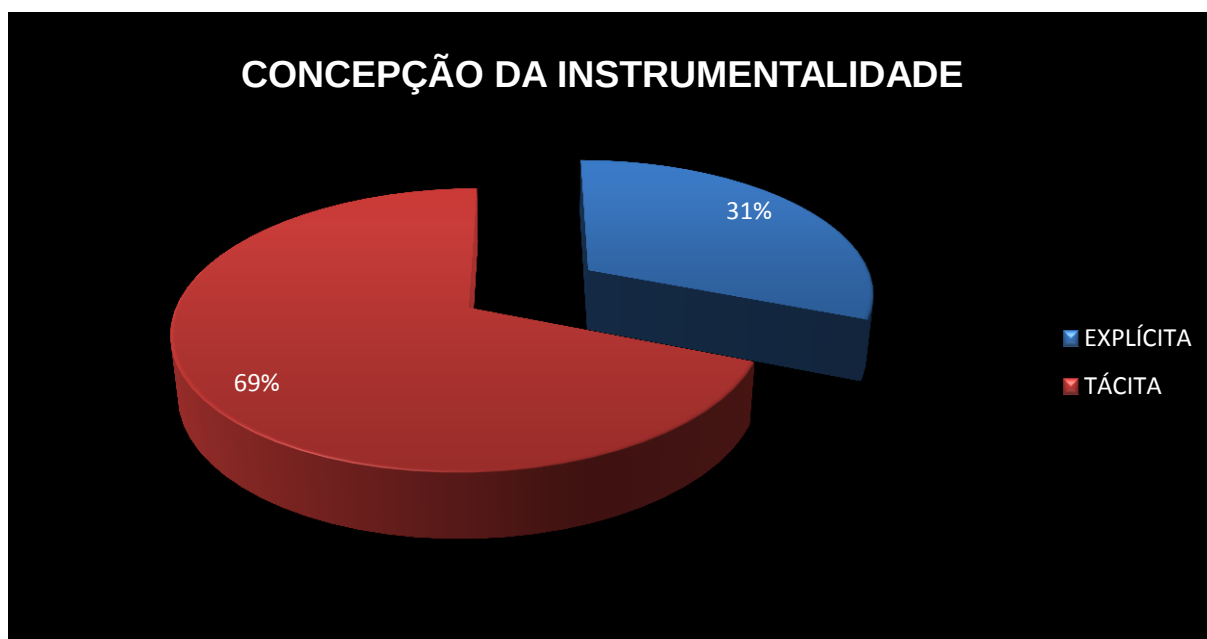


GRÁFICO 8: Conceção da instrumentalidade (CBAS – 2013, 2016 e 2019).

FONTE: Dados primários (João Pessoa-PB, 2021).

O exercício profissional de assistentes sociais está inserido no movimento contraditório das relações sociais e exige uma prática crítica e reflexiva. A complexidade da dinâmica social requisita dos profissionais uma instrumentalidade capaz de identificar as mediações necessárias para potencializar a direção social e responder com efetividade as demandas sociais, através da sistematização de estratégias e táticas.

Sendo assim, para responder ao conjunto das diferentes e antagônicas demandas que chegam aos serviços, os profissionais precisam reconhecer que embora as dimensões que conformam a profissão não possam ser consideradas de maneira autônoma, é a dimensão técnico-operativa quem permite a visibilidade social, daí a necessidade de problematizá-la no âmbito do debate entre racionalidade e instrumentalidade.

Identifica-se uma lacuna na discussão sobre estratégias e táticas, sejam elas de cunho técnico ou político, como também na utilização dos instrumentos, que se desdobra em um negligenciamento que afeta a realização das competências e atribuições privativas por falta de conhecimento dos meios pelos quais a intencionalidade projetada se materializa.

Para Guerra (2014) falta a categoria, à nível de formação e exercício profissional, elementos que garantam a unidade das dimensões da profissão, com fins a assegurar a autonomia dessas, mas sem alterar a unidade na diversidade que

as compõem. Tal reflexão exige o entendimento do “como fazer” para além de um receituário da prática profissional somado à leitura do “porque fazer”, “para que fazer” e “com que fazer”.

O “fazer” parte de um conhecimento existente e requisita um novo conhecimento, por meio do qual seja possível escolher os elementos valorativos essenciais à concretização de suas ações, porém, ciente de que a própria categoria sente dificuldade de explicitar a natureza da profissão.

O debate que perpassa a abordagem da instrumentalidade de assistentes sociais na política de saúde não pode ser alheio à compreensão dos processos de trabalho enquanto práxis social, como também não pode desconsiderar os avanços trazidos para a saúde através das lutas sociais estimuladas pelo MRSB, nem subestimar os obstáculos presentes na realidade.

Explorar as dimensões investigativa e interventiva no âmbito da instrumentalidade é indispensável para garantir o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população usuária. Outrossim, refere-se à apreensão das categorias/conceitos que envolvem a compreensão dos processos de trabalho em saúde, conforme aponta o gráfico 9 a seguir.

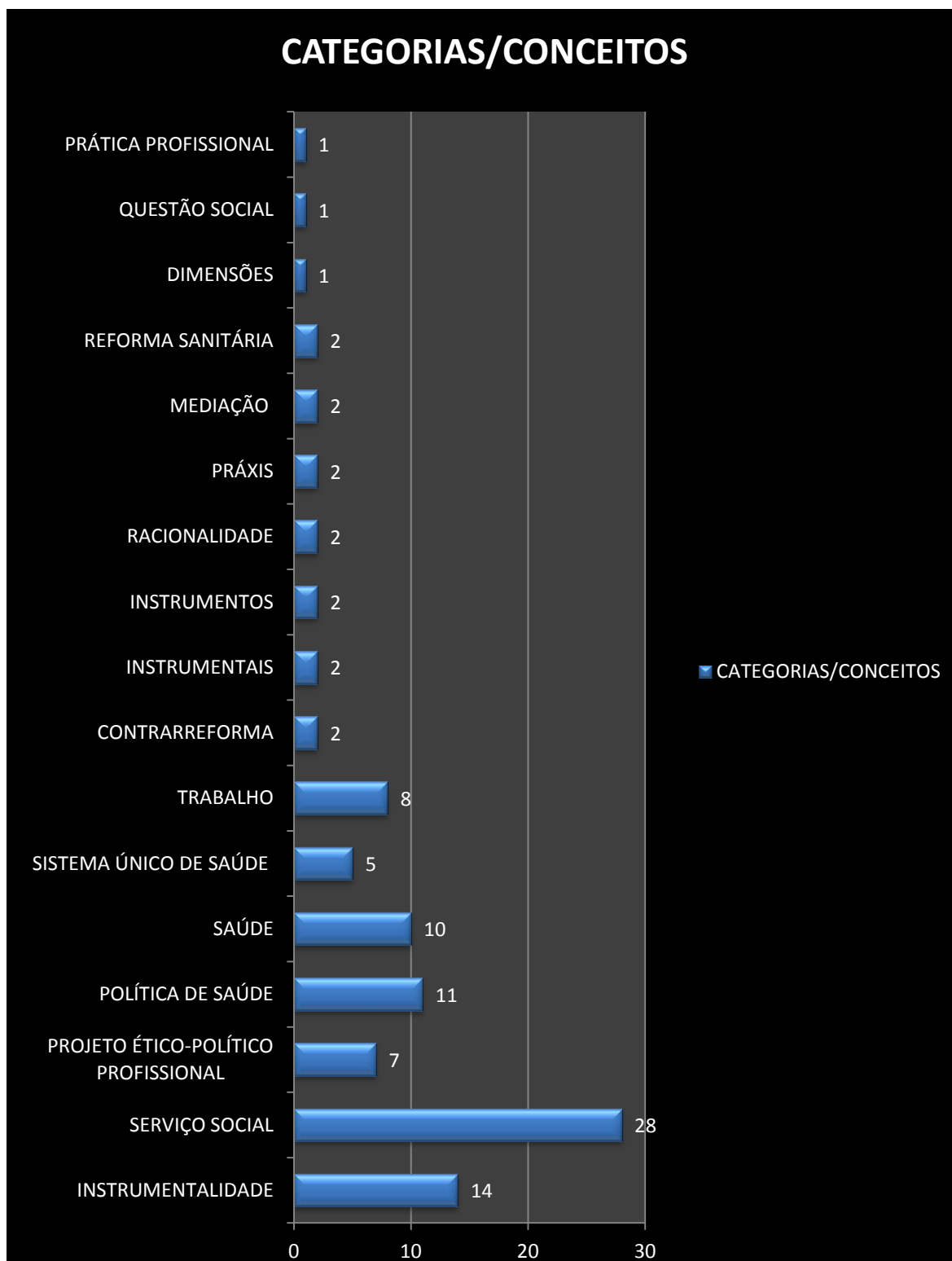


GRÁFICO 9: Categorias/Conceitos (CBAS – 2013, 2016 e 2019).
FONTE: Dados primários (João Pessoa-PB, 2021).

Quanto aos aspectos categoriais e conceituais, identificou-se que serviço social (28%) é o conceito hegemônico no conjunto das produções, seguido de instrumentalidade (14%); política de saúde (11%), saúde (10%), trabalho (8%) e PEPP (7%). Curiosamente, a despeito do cenário de retrocessos vivenciado e da

vinculação majoritária ao serviço público, foram abordados em menor escala conceitos importantes para a saúde como: SUS (5%), contrarreforma (2%), reforma sanitária (2%), racionalidade (2%), práxis (2%), mediação (2%), “questão social” (1%).

Mesmo com discrepâncias quantitativas, em termos qualitativos, notabilizou-se que todas as categorias e os conceitos manifestados nas análises têm um papel fundamental com a temática desta pesquisa, atestando uma teia relacional entre eles.

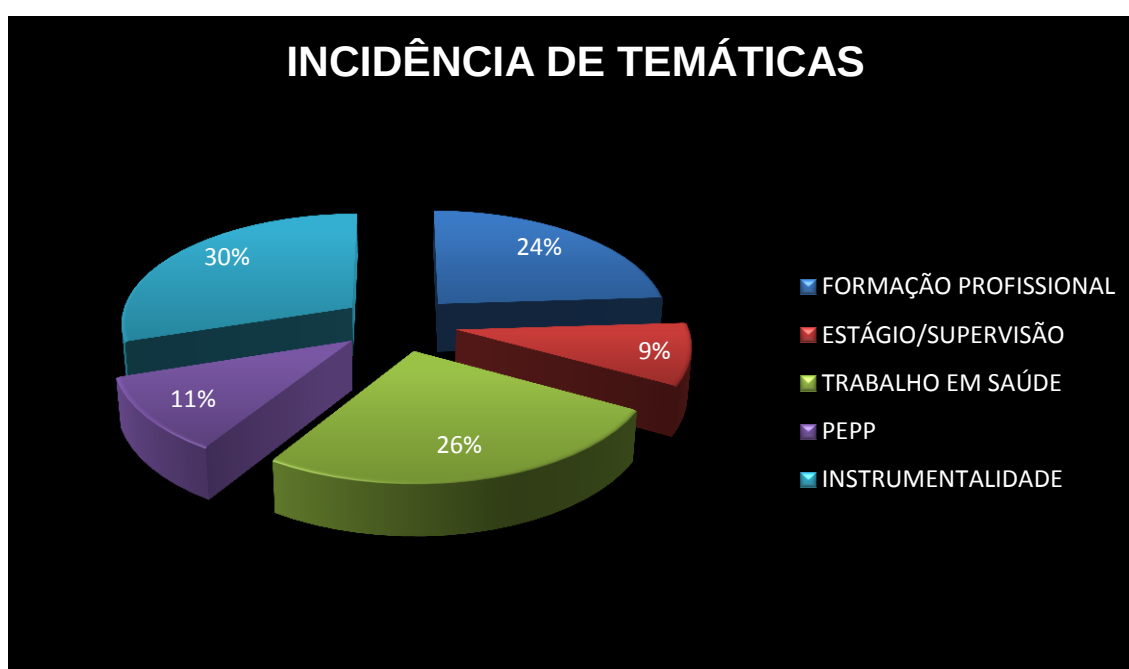


GRÁFICO 10: Incidência de temáticas (CBAS – 2013, 2016 e 2019).
FONTE: Dados primários (João Pessoa-PB, 2021).

No âmbito da incidência de temáticas, verificou-se a relevância atribuída pelos autores à instrumentalidade (30%) e ao trabalho em saúde (26%). Os achados evidenciaram também a ênfase empregada aos temas voltados à investigação da profissão, através de análises acerca da formação (24%), dos processos de estágio e supervisão (9%) e PEPP (11%). O destaque à preocupação com formação se explica justamente pela contrarreforma na educação que vem se intensificando atualmente.

As reflexões aqui sinalizadas remetem a uma questão de fundo: como consubstanciar a racionalidade emancipatória em uma estrutura social, política e econômica que tende a instrumentalizar o exercício profissional em uma onda contrária à viabilização do direito à saúde?

Destarte, os ataques advindos do processo de contrarreforma do Estado têm refuncionalizado os princípios do SUS à lógica privatista e consequentemente, dificultado a efetivação dos princípios do Projeto Ético-Político Profissional, uma vez que estes dialogam e se completam.

É inegável a coerência que há entre os princípios do PEPP e do SUS, daí a necessidade de identificar as potencialidades da atuação profissional nesse contexto de ataque privatista como forma de decifrar as principais manifestações da “questão social” no campo da saúde e construir as ações de enfrentamento que invalidem a racionalidade meramente instrumental.

Portanto, faz-se necessário investigar como a instrumentalidade de assistentes sociais vem se apresentando nos serviços de saúde, diante de um cenário tão complexo que projeta diariamente desafios a implementação de suas finalidades. A seguir, abordar-se-á a este respeito.

3.4 Há uma instrumentalidade prevalente no exercício profissional de assistentes sociais na saúde?

Neste tópico, somente foram mencionadas as informações coletadas nos trabalhos que apresentavam os descritores e/ou palavras-chave (Serviço Social, saúde e instrumentalidade nos resumos) juntos no título, no resumo ou nas palavras-chave, cuja amostra correspondeu a 5 (cinco) trabalhos, conforme aponta o Quadro 1.

Quadro 1: Detalhamento dos trabalhos encontrados relacionados à instrumentalidade do Serviço Social na área da saúde

IDENTIFICAÇÃO	TÍTULO	AUTORIA	ANO	TIPO
Texto 1	Instrumentalidade da prática profissional do serviço social em um hospital de emergência em fortaleza: possibilidades e desafios	RODRIGUES, Jailma Sousa; LEMONS, Neubejâmia Rocha da Silva; SANTOS, Ruth Brito dos	2013	Revisão bibliográfica e relato de experiência
Texto 2	A apreensão da categoria instrumentalidade e a atuação profissional do assistente social no setor saúde	BESERRA, Ingrid Karla da Nóbrega	2019	Revisão bibliográfica
Texto 3	A instrumentalidade do serviço social nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA's)	LIMA SOBRINHO, Jodeylson Islony de; SOUSA, Ana Cleide Ferreira de; LIMA, Francisca Fabiana	2019	Revisão bibliográfica e relato de experiência
Texto 4	Instrumentalidade do serviço social: categorias fundamentais e sua articulação no cuidado em saúde	ALVES, Isabella da Paixão; GARCIA, Mariana Borb.	2019	Revisão bibliográfica
Texto 5	O trabalho do assistente social no Centro Integrado De Saúde Amaury De Medeiros-CISAM/UPE: Refletindo sobre a instrumentalidade da profissão	RODRIGUES, Cleide Maria Batista; SARAIVA, Ana Wilma Pinto; LUCENA, Sandra Valeria Borges de; SANTANA, Adriana Jeane de	2019	Revisão bibliográfica e relato de experiência

Fonte: Dados primários (João Pessoa-PB, 2021).

Um aspecto importante a ser analisado ao abordar a organização do trabalho de assistentes sociais na saúde se refere à concepção de saúde adotada pela categoria em seu espaço de atuação.

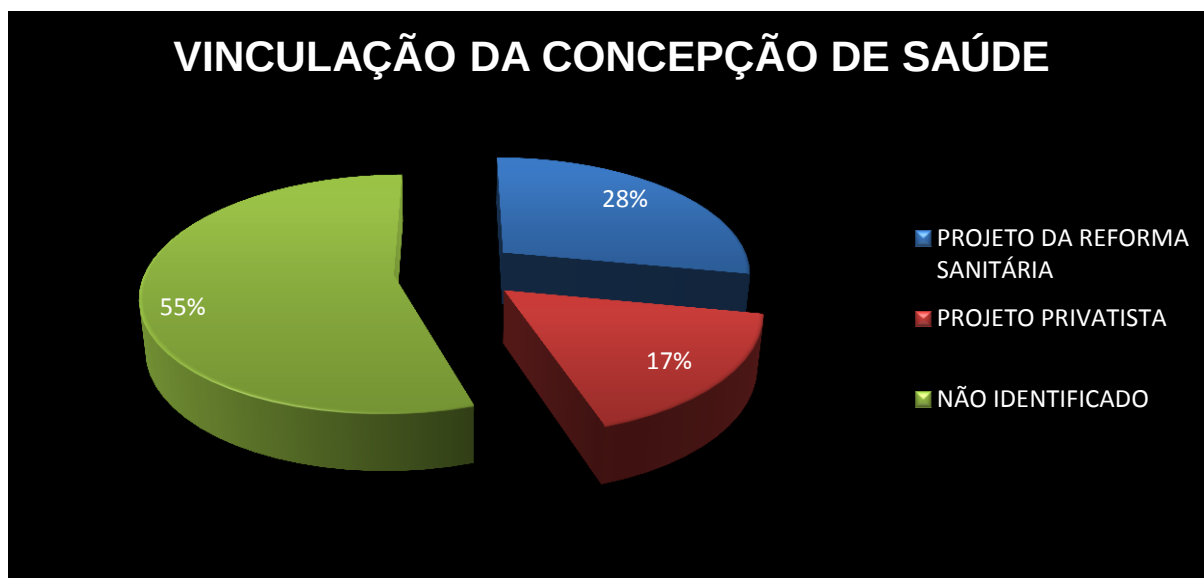


GRÁFICO 11: Vinculação da concepção de saúde (CBAS – 2013, 2016 e 2019).

FONTE: Dados primários (João Pessoa-PB, 2021).

De acordo com o Gráfico 11 acima, notou-se que 28% dos artigos analisados apresentaram vinculação ao Projeto da Reforma Sanitária, conectado ao modelo de Estado intervencionista, garantidor de políticas sociais à luz do direito social, neste caso em específico, a política de saúde. Identificou-se ainda que 17% dos trabalhos trouxeram a abordagem do Projeto Privatista, com ênfase nos ditames do mercado, na contenção dos gastos sociais, na focalização e seletividade dos serviços, na ampliação dos processos de privatizações, bem como na retomada de práticas assistenciais estimuladas pela lógica vertical e burocrática que marca as instituições em contexto de ofensiva neoliberal.

Uma das questões inovadoras do processo de renovação do Serviço Social brasileiro e, por conseguinte, do PEPP, reside na relação entre teoria e prática. Os dados mostraram que a maioria (62%) materializa tal articulação por meio de mediações, enquanto que 13% informaram que isto só ocorre em termos de discurso/idealmente.

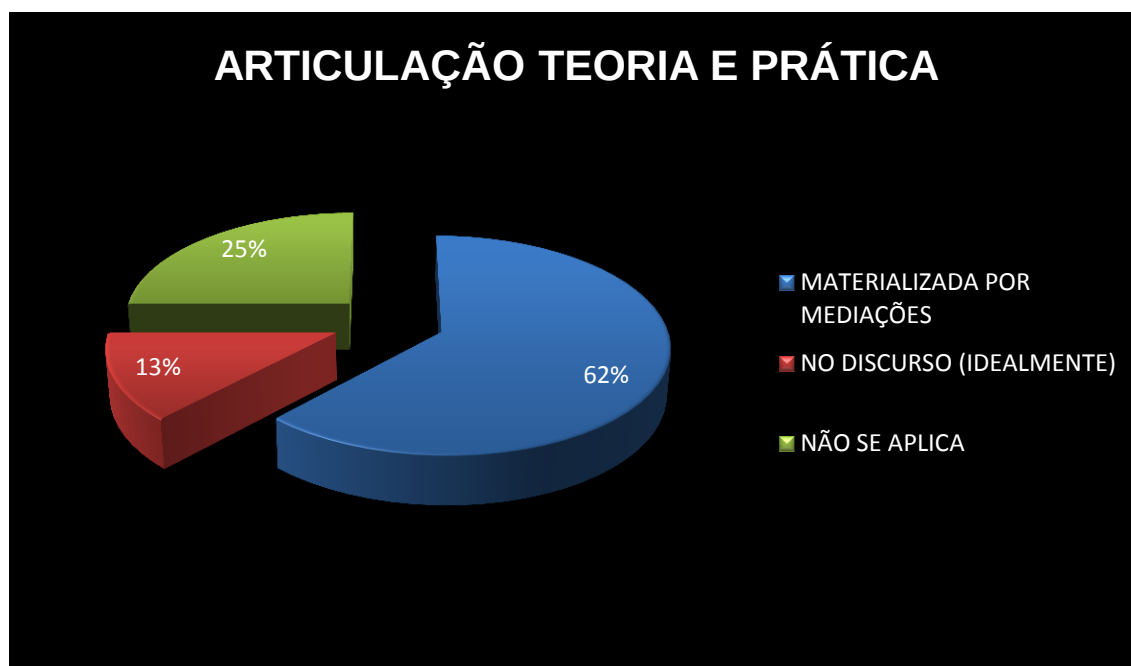


GRÁFICO 12: Articulação teoria e prática (CBAS – 2013, 2016 e 2019).

FONTE: Dados primários (João Pessoa-PB, 2021).

Guerra (2014) atribui a dicotomia identificada entre teoria e prática à absorção enviesada da teoria social crítica ainda na fase da “intenção de ruptura”, quando na oportunidade, passou-se a considerar a teoria como sendo um conjunto de conhecimentos pronto a ser aplicado diretamente na prática.

É preciso compreender que nenhuma teoria pode ser tratada como uma receita a ser aplicada no real, haja vista que ela expressa tudo aquilo que o pensamento foi capaz de captar do próprio real e transformar em conhecimento para mediar ações.

Evidencia-se que a falta de clareza de uma parcela significativa de profissionais os leva ao grande equívoco de reproduzirem que “na prática a teoria é outra”. Nesta perspectiva, compreender teoria e prática como unidade na diversidade é fundamental para romper com o pragmatismo que manifesta práticas burocráticas, imediatistas e acríticas, assim como para fortalecer uma relação dialética em busca da perspectiva de totalidade (GUERRA, 2013).

Ratificando o exposto, Medeiros (2016, p. 353) afirma que:

[...] teoria e prática possuem naturezas diferentes, passar de uma para a outra sem as devidas mediações ocasionará de um lado uma teoria que mais parece uma caricatura do real, de outro uma intervenção imediatista, fragmentada e reiterativa.

Coerentemente, a mediação é a categoria central no processo de articulação das partes que constituem a totalidade. É ela quem permite a passagem entre imediato e mediato. Tal categoria é inserida no debate do Serviço Social a partir da compreensão das formas histórico-sociais e políticas que particularizam a profissão no conjunto das relações sociais.

A discussão da instrumentalidade deve retratar o cuidado que os profissionais precisam ter para se esquivar dos elementos conservadores concebidos desde a gênese da profissão e ultrapassar apreensões superficiais que falseiam a realidade social e provocam alinhamento às tendências burocráticas (GUERRA, 2014).

Essa observação recai na avaliação de como se organizam as instituições empregadoras, ao que se observou que a maioria (60%) mantém um perfil histórico centrado em gestões verticalizadas e burocráticas, o que reforça o perfil focalizado e seletivo solicitado em consonância à contrarreforma do Estado (GRÁFICO 13).

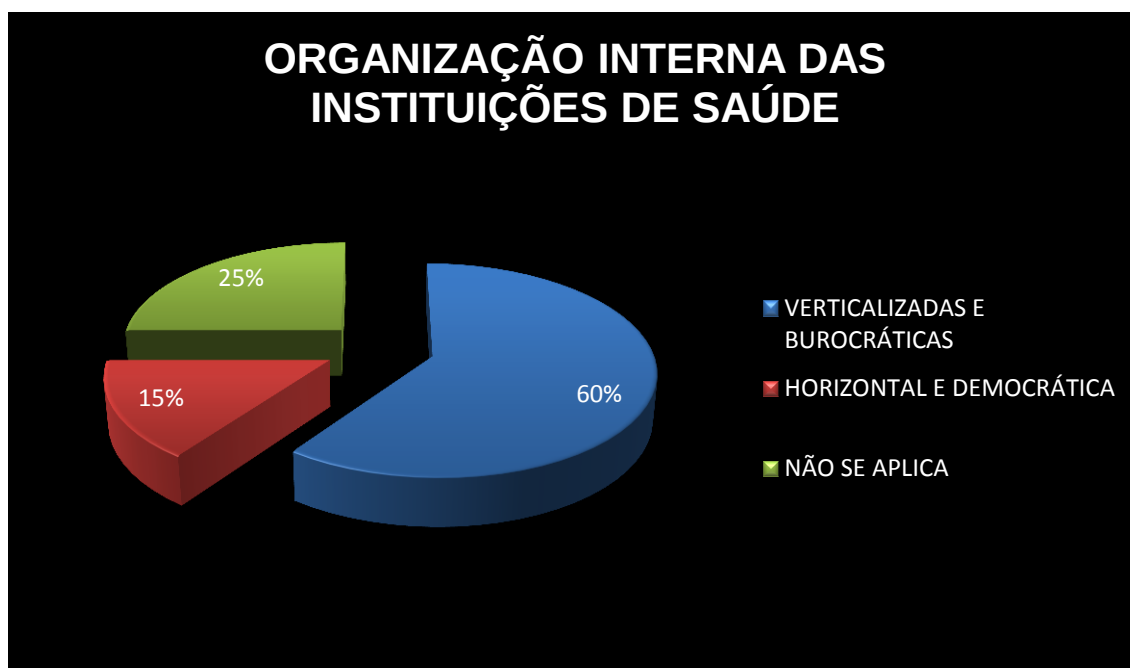


GRÁFICO 13: Organização interna das instituições de saúde (CBAS – 2013, 2016 e 2019).

FONTE: Dados primários (João Pessoa-PB, 2021).

Diante desse padrão emergencial e burocrático que configura as políticas sociais, faz-se necessário que a categoria seja ciente do seu compromisso com a classe trabalhadora para não recair sua prática na lógica do ajuste proposto pelas instituições, incompatibilizando-se com o PEPP e reforçando a importância de os

profissionais conhecerem as competências e atribuições privatistas validadas pela Lei de Regulamentação da Profissão como forma de resistência (SOARES, 2010).

Destarte, o debate acerca da relativa autonomia dos profissionais faz parte da leitura contemporânea da profissão e envolve a reflexão dos elementos que condicionam e limitam o agir profissional. As mudanças no mercado de trabalho atingem a práxis profissional e revelam as estruturas hierárquicas de relações de poder que impactam diretamente tal autonomia, haja vista que a correlação de forças entre empregadores e empregados também faz parte da natureza contraditória da profissão (TABORDA; MANN; PFEIFER, 2015).

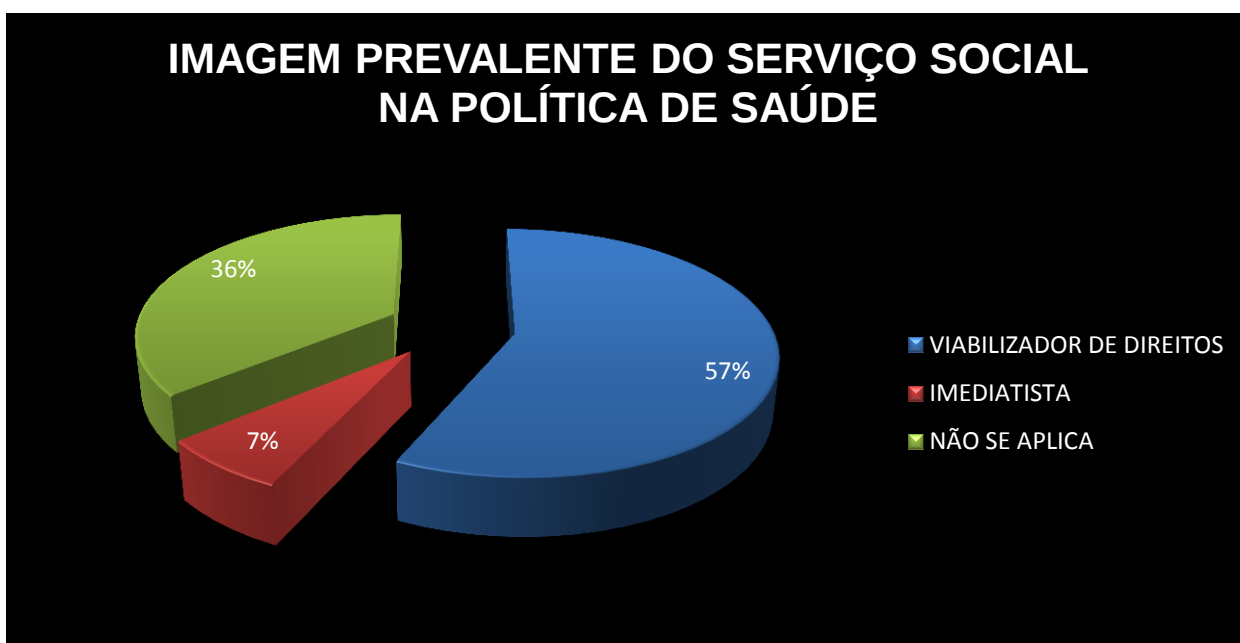


GRÁFICO 14: Imagem do Serviço Social na política de saúde (CBAS – 2013, 2016 e 2019).

FONTE: Dados primários (João Pessoa-PB, 2021).

Analisado pela ótica da identidade/imagem enquanto unidade dialética, o Gráfico 14 ratificou a imagem social do profissional como uma figura participativa que prima pela viabilização de direitos (57%), afeita aos princípios legais contidos no PEPP, logo voltada a propor estratégias e táticas que objetivem transformar a realidade social.

A menção à imagem imediatista (7%) ainda que pouco expressiva, indicou a necessidade de profissionais alinharem-se às demandas institucionais e empregarem em seu exercício procedimentos burocrático-administrativos provenientes da lógica fomal-abstrata, reforçando a manutenção do *status quo*, a qual, embora menor em relação à que relaciona o Serviço Social à perspectiva do

direito, reforça uma imagem social deturpada e caricata do profissional que “faz tudo”.

As divergências se explicam pelo fato de que “a identidade profissional é, por sua vez, dinâmica, criando-se e recriando-se ininterruptamente em contextos nos quais as diferenças e a diversidade estão em perfeita interação dialética.” (SILVA, 2016, p. 83).

No entanto, a condição de profissional assalariado ao mesmo tempo em que limita os profissionais, exige resistência no confronto direto pela defesa e efetivação dos direitos sociais arduamente atacados pelo Estado neoliberal. O contexto da década de 1990 marcado pelo enxugamento e desresponsabilização do Estado na condução das políticas sociais, desafia os profissionais a terem clareza de seu papel e de suas atribuições profissionais.

Os dados do Gráfico 15 mostraram que a autoimagem prevalente (67%) ratifica a imagem social supramencionada e é consonante com o perfil orientado pelas bases legais que legitimam a profissão e em função dos princípios de cidadania, mas ainda exibiu um tencionamento oriundo de relativa representatividade da autoimagem como de um trabalhador imediatista (11%), entre a imagem imediatista historicamente reproduzida nos serviços e a autoimagem consolidada a partir da construção do PEPP.

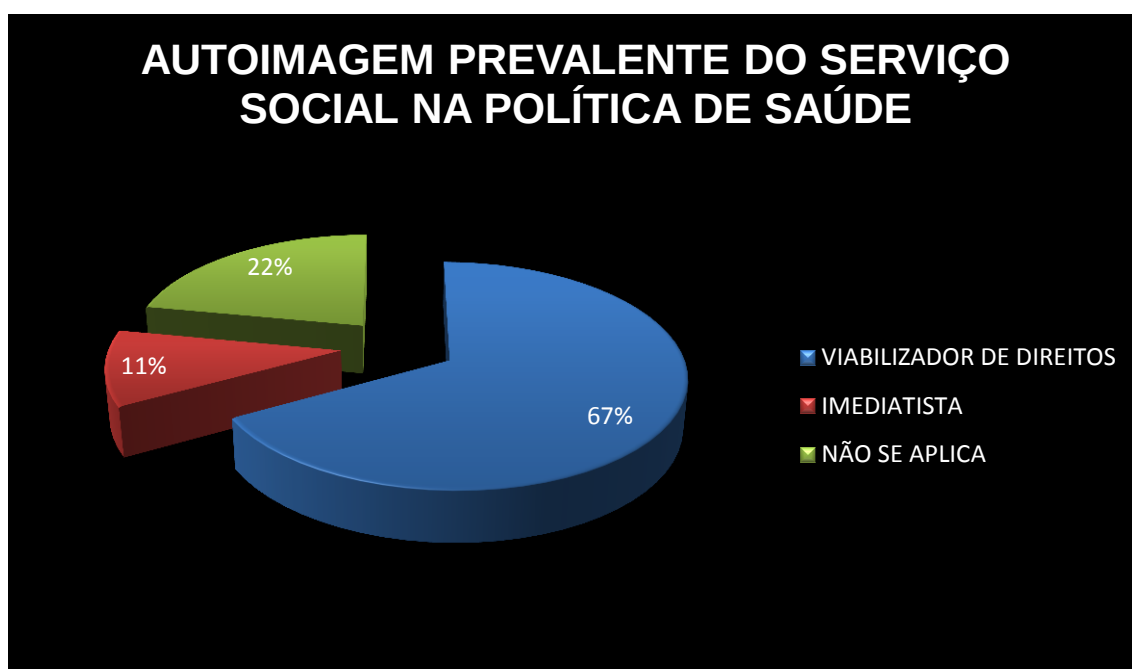


GRÁFICO 15: Autoimagem do Serviço Social na política de saúde (CBAS – 2013, 2016 e 2019).

FONTE: Dados primários (João Pessoa-PB, 2021).

Na direção da viabilização do direito, destaca-se a eficácia das ações socioeducativas, com ênfase à educação em saúde, uma vez que a categoria vem exercendo o compromisso com a garantia do direito à informação como direito fundamental de cidadania, ciente de que não basta repassar a informação, é preciso transmiti-la de maneira que seja compreendida pelos usuários.

Por outro lado, a abordagem no campo do imediato é cara ao Serviço Social, posto que induz os profissionais a responderem as demandas sociais cotidianas no âmbito do emergencial, determinado por processos que validam a lógica do mercado e as exigências institucionais, mas que também representam respostas a necessidades imediatas dos usuários.

As condições postas pela prática imediatista sufocam o profissional e revelam a visão incorreta repassada muitas vezes pela própria instituição e demais profissionais de que o assistente social é o profissional capaz de solucionar as demandas que nenhum outro foi capaz de resolver. Cabe acrescentar ainda, que essa prática imediatista é funcional à lógica institucional, pois mascara a precariedade e a insuficiência dos atendimentos e a exploração do trabalho.

Conforme os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010), os projetos em disputa, desde a década de 1990, trazem em sua estrutura diferentes demandas para o assistente social.

Todavia, o crescimento acelerado das demandas por acesso aos serviços de saúde não só expõe os limites da própria política, como também revela o exaurimento do sistema capitalista que não é capaz de suprir as contradições que lhes são inerentes.

Fazendo uma relação entre as principais demandas que apareceram durante a análise e essa reflexão geral, nota-se um destaque na intervenção profissional no processo saúde-doença, reconhecendo os DSSs como mediação na ratificação do conceito ampliado de saúde e da integralidade dos indivíduos; na realização de escuta qualificada, orientação e comunicação em saúde; como também nos encaminhamentos, através da realização de ações em rede e intersetoriais.

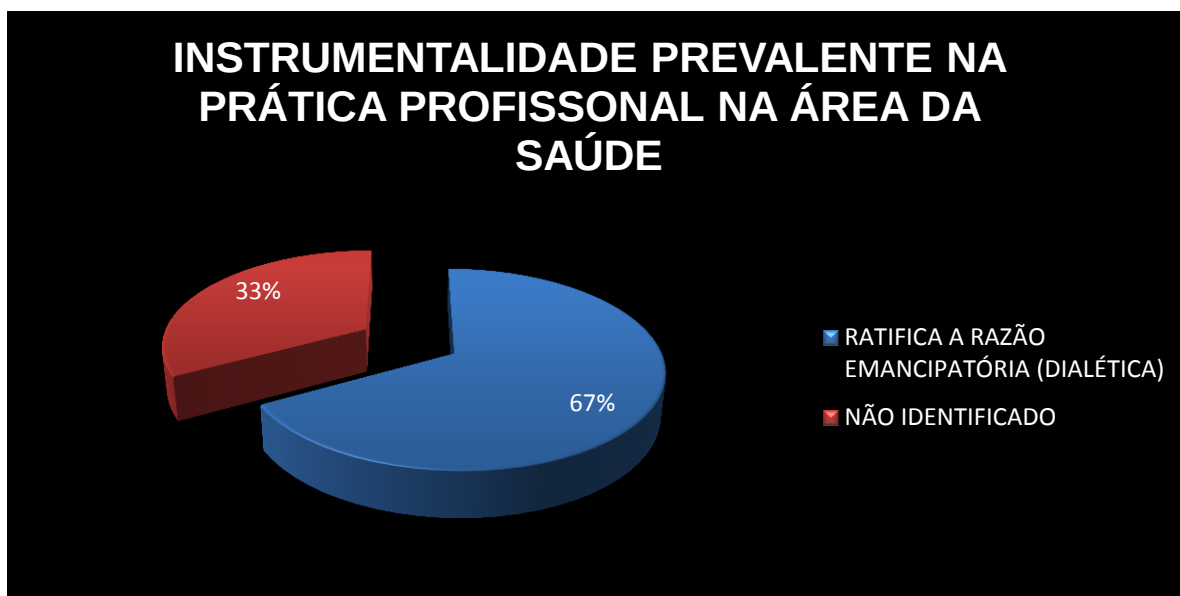


GRÁFICO 16: Instrumentalidade prevalente na prática profissional na área da saúde (CBAS – 2013, 2016 e 2019).

FONTE: Dados primários (João Pessoa-PB, 2021).

O gráfico 16 expressa a referência à instrumentalidade prevalente no trabalho de assistentes sociais nos serviços de saúde. Segundo este, 67% dos artigos analisados apresentaram na tessitura de seus textos a abordagem da razão emancipatória (dialética), enquanto que 33% não informaram esse assunto.

Os dados enfatizam o caráter hegemônico da razão dialética e o compromisso da categoria no tratamento da instrumentalidade, posto que não foi possível identificar a legitimação da razão formal-abstrata nas produções selecionadas, embora essa constitua uma grande contradição ainda presente na profissão.

A apreensão da racionalidade crítica é central para a potencialização de estratégias que visem avançar no campo imediato e romper com as bases de sustentação da sociabilidade burguesa. Para isso, faz-se necessário o alinhamento dos princípios e valores contidos no PEPP para o fortalecimento da base técnico-operativa (GUERRA, 2014).

Ratificando a hipótese levantada neste estudo, o Gráfico 17 apontou que 67% das produções apresentaram compatibilidade entre o que é proposto pelo PEPP e o que é desenvolvido no campo prático.

COMPATIBILIDADE ENTRE AS PROPOSTAS DO PEPP E AS AÇÕES EFETIVAMENTE DESENVOLVIDAS PELOS ASSISTENTES SOCIAIS

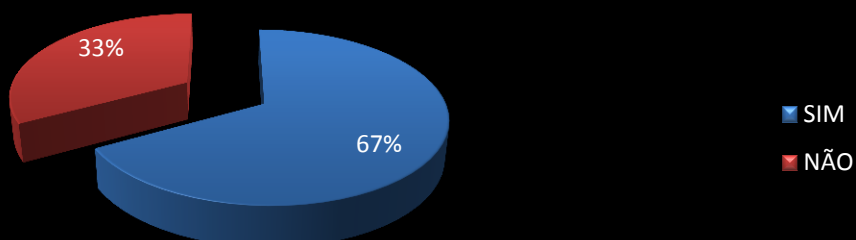


GRÁFICO 17: Compatibilidade entre as propostas do PEPP e as ações efetivamente desenvolvidas pelos assistentes sociais (CBAS – 2013, 2016 e 2019).

FONTE: Dados primários (João Pessoa-PB, 2021).

Essa compatibilidade constatada resulta do processo de contrarreforma que a saúde pública vem sofrendo, através do confronto entre os projetos em disputa sob pressão dos interesses do grande capital. Diante disso, os profissionais enfrentam diversos desafios para materializar os princípios do seu projeto profissional, dentre os quais se destaca o alcance das finalidades tais quais foram projetadas na sistematização de sua ação (SOARES, 2010).

A contrarreforma do Estado encontra-se em um processo indissociável das condições e relações de trabalho dos assistentes sociais e atinge não só a relação entre Estado-Sociedade civil, mas, sobretudo, a implementação das políticas sociais. O desmonte das políticas sociais, materializado pelo trinômio: privatização, descentralização e focalização; a disputa pelo fundo público e o enxugamento da máquina estatal são alguns dos elementos que marcam o debate das implicações da crise estrutural para as políticas sociais e para as condições de vida da classe trabalhadora (BEHRING, 2008).

Esse cenário provocou um movimento de ressignificação do Serviço Social no setor saúde, dado que a intervenção profissional de natureza operativa se realiza em meio ao movimento dialético que perpassa o sistema de saúde, ora afirmando seus princípios estruturantes, ora negando-os. Neste sentido, não basta a intenção de fazer algo para transformar a realidade, é preciso superar o caráter conservador proposto pela lógica do mercado.

Corroborando o exposto e retomando as reflexões de Vasconcelos (2012), identifica-se uma grande lacuna entre o que a prática demanda aos profissionais e o que a realidade social permite executar, dado que, embora o profissional esteja alinhado ao discurso crítico-progressista, na maioria das vezes não dispõe de condições objetivas para operacionalizar suas ações e refletir sobre sua prática.

Posto isto, reitera-se que a instrumentalidade na qual a profissão consolida sua autoimagem abrange a conexão entre as diferentes dimensões constitutivas, incompreensíveis de forma isolada, no sentido de superar a redução de ações instrumentais e técnicas.

Tem-se que a instrumentalidade diz respeito ao sustentáculo teórico-metodológico que projeta a intencionalidade de suas ações profissionais desviando-se do perfil de agente técnico ou de mero executor de políticas sociais. Tal sustentáculo ergue-se à altura da complexidade que marca as estruturas sócio históricas da sociedade burguesa na busca pela manifestação das demandas sociais que permitem o reconhecimento e questionamento da categoria socialmente.

Portanto, somente o exercício profissional crítico é capaz de transformar as necessidades sociais em objeto de intervenção por meio da apreensão de mediações que atravessam o movimento contraditório da realidade social. Desta forma, os assistentes sociais poderão romper com os elementos da imediatividade e expressar uma instrumentalidade coerente com as finalidades propostas pela direção social assumida pela categoria em direção ao PEPP.

Traçado este panorama, entende-se que os dados revelaram que, apesar das investidas do mercado contra a política de educação – a formação em Serviço Social –, e contra a política de saúde, dos questionamentos à aplicabilidade da teoria marxista no trabalho cotidiano, e da dominância da racionalidade formal-abstrata na sociedade capitalista, os princípios do PEPP vêm sendo reforçados e orientando o trabalho na saúde, nos mais diversos espaços e níveis, com ênfase no pluralismo e na defesa dos direitos sociais, tanto a autoimagem, quanto a imagem social da profissão vêm sendo paulatinamente reconstruídas em meio a muitos enfrentamentos pela categoria e suas entidades representativas, inferindo-se que a razão dominante no trabalho de assistentes sociais e, portanto, a instrumentalidade que subjaz tais ações é de caráter emancipatório, não podendo se furtar a reconhecer os dilemas e as oscilações intermitentes derivadas das contradições que atravessam a sociedade e a profissão de Serviço Social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reavivar o debate da Reforma Sanitária no contexto de crise global e estrutural do capital permitiu a apreensão de transformações objetivas e subjetivas que vêm ocorrendo nas condições e relações de trabalho como um todo. Todavia, neste estudo, a análise esteve centrada nos processos de trabalho da área da saúde, mais precisamente na instrumentalidade do trabalho do Serviço Social.

Como uma especialização do trabalho coletivo, socialmente determinada nos processos sócio históricos e atuando em uma política que exige sua instrumentalidade enquanto mediação entre o singular e o universal, o Serviço Social ainda é atravessado por demandas e imagens sociais relacionadas ao conservadorismo, assim como possui internamente, segmentos da categoria que defendem esta ideologia e se opõem ao PEPP.

O PEPP tem grande similitude com diversos dos princípios do PRSB, dentre os quais está a constituição de uma nova ordem, mais igualitária que tem no SUS e na defesa intransigente da universalidade, equidade, integralidade, uma das partes e princípios integrantes de seu projeto maior.

Contudo, assim como o trabalho do Serviço Social é moldado por condições objetivas e subjetivas, por relações antagônicas e defesa de perspectivas contraditórias, sua instrumentalidade não pode se desprender desta complexidade, nem das divergências entre o SUS legal e o SUS real, ou ainda da redução das propostas do PRSB ao SUS, dando-lhe, paradoxalmente, uma magnitude menor e mais restrita.

Neste contexto de cruzada antidemocrática do capital às propostas do MRSB, identificaram-se fatores que favorecem a inviabilização do PEPP, sobretudo pela predominância dos espaços sócio ocupacionais em instituições públicas.

Em tal perspectiva, percebeu-se que os serviços de saúde são absorvidos pela racionalidade burguesa e marcados por processos de precarização do trabalho e do trabalhador, regressão de direitos trabalhistas, seletividade no acesso e subordinação do conceito de cidadão possuidor de direitos à concepção de cidadão-consumidor.

É um conjunto de fatores de que o assistente social não pode se deslindar, enquanto partícipe de processos de trabalho coletivos, voltados ao atendimento de demandas individuais e coletivas, organizadas ou espontâneas, mas certamente,

numa rede ainda hierarquizada por meio de uma política planejada centralmente, sem considerar todas as particularidades da realidade onde se aplica (ou se pensa aplicar).

Ademais, sofre como sujeito de classe e como trabalhador assalariado os recuos que os direitos trabalhistas tiveram, e como trabalhador da saúde, as inflexões dos condicionantes históricos que configuram e se recompõem sobre a política de saúde, favorecidos pelo recrudescimento da ideologia neoliberal e seus efeitos deletérios sobre os direitos e as políticas sociais. Tais inferências integram a predominância da racionalidade burguesa nas relações sociais e de produção, a qual pensa e organiza a realidade a partir da objetividade com a que a teoria crítica colide diretamente, ao buscar descortinar as diversas determinações que se interpõem sobre a realidade.

A vivência no HULW durante a realização do estágio supervisionado permite afirmar a necessidade de um direcionamento maior, ainda no âmbito da formação, para uma instrumentalidade inspirada na razão dialética, em que os discentes possam sair do processo formativo exercitando a capacidade de investigar e analisar criticamente o campo prático, assim como problematizar o contexto sócio institucional no qual está inserido.

Embora se trate de um hospital-escola, ficou explícito que a instrumentalidade do Serviço Social apreendida pelos demais profissionais de saúde é a formal-abstrata, oposta ao aporte teórico-metodológico crítico e à perspectiva do PEPP. Entretanto, a instituição dispõe de um quadro de profissionais com perfil qualificado, coeso e que defende a autoimagem do profissional como viabilizador de direitos.

É preciso ofertar um conjunto de conhecimentos, competências, habilidades e saberes práticos para que os futuros profissionais possam ter clareza em relação às distintas demandas que são requisitadas pelas instituições, pelos usuários e pela própria profissão. Somente com a apreensão das mediações que constituem os processos sociais será possível revelar o imediatismo posto pelo cotidiano.

Na saúde, a vulnerabilidade técnica da profissão ultrapassa limites ao assumir uma postura relacionada com as técnicas das outras profissões, outros núcleos profissionais e dos serviços de saúde. Desse modo, o exercício profissional parece se apresentar isento de uma direção política e social, de uma racionalidade e de princípios e valores éticos.

No entanto, como a instrumentalidade pode ser reconstruída nos processos sóciohistóricos, este estudo se deteve sobre esta categoria por meio de uma pesquisa bibliográfica e de um levantamento documental que, a partir das demandas e respostas estabelecidas, centrou-se na compreensão da instrumentalidade ora prevalente no Serviço Social.

Como os meios e os fins têm caráter relacional e se realizam dialeticamente, o PEPP foi utilizado como parâmetro – ou um dos instrumentos – neste descortinar de possibilidades relacionadas a sua finalidade, considerando a instrumentalidade como mediação que sustenta a perspectiva da totalidade e materializa as três dimensões que constituem a formação e o trabalho profissional.

A importância do PEPP não se restringe à profissão internamente, ela repercute no enfrentamento das expressões da “questão social”, a partir da sua relação com os Determinantes Sociais de Saúde e com constrições que levam ao sucateamento das políticas sociais e, mais precisamente, da política de saúde, locus de intervenção da investigação deste estudo.

Sucateamento favorecido inicialmente pelo hibridismo no SUS com investimentos vultosos no setor privado, que se desdobra na repressão dos direitos e nas tensões permanentes entre o binômio público-privado que ganha nova dimensão a partir da pandemia da COVID-19, cujos impactos se consubstanciam tanto no acesso aos serviços de saúde, quanto no âmbito econômico e social, fragilizando a classe trabalhadora que já vive intenso processo de despolitização, de pauperização e precarização do mundo do trabalho, urgindo estratégias como a judicialização da saúde para ter oportunidade de lutar pelo direito à vida.

Contudo, mesmo com uma dinâmica adversa, considerou-se que ela não expressa a direção social assumida pela categoria pós-materialização do PEPP, haja vista que a base legal da profissão defende que os profissionais devem combater as práticas conservadoras e alinhar-se ao debate crítico que prima pela viabilização das garantias sociais pelo viés do direito. Esta reflexão foi provocada pela identificação do tensionamento que há entre a imagem imediatista, historicamente reproduzida nos serviços, e a autoimagem consolidada a partir da construção do PEPP.

Observou-se que as duas imagens convivem no conjunto das relações que marcam a profissão, sendo que a autoimagem do profissional como viabilizador de direitos prevaleceu na abordagem dos artigos selecionados para a pesquisa. Do

mesmo modo, apesar das instituições manterem perfis predominantemente burocráticos que se opõem aos princípios do PEPP, os assistentes sociais conquistaram uma imagem social vinculada à viabilização do direito que reforça seu projeto classista.

No que se refere à relação teoria e prática, ainda que mormente de forma tácita, a maior incidência da teoria social crítica no conjunto das produções implica na sua aprovação e, por conseguinte, do PEPP, predominância dos espaços sócio ocupacionais em instituições públicas, inexpressividade do ecletismo, importância da validação teórica e do respeito ao pluralismo.

Por sua vez, apesar da preocupação com a formação como espaço que sofre rebatimentos constantes da contrarreforma e das investidas e solicitações do mercado, no que tange à relação teoria e prática, constatou-se que a maior parte das produções apontou para sua materialização através de mediações, o que favorece o PEPP.

Entre as conquistas do patrimônio intelectual e político da categoria, constatou-se que a abordagem do conceito ampliado de saúde também se deu pelo viés crítico analítico, buscando alinhar a discussão dos princípios do SUS e do PEPP em concordância com o processo de resistência na luta contra a retração do Estado no âmbito social.

Ao analisar os aspectos relativos à compatibilidade entre o que é proposto pelo PEPP e o que é desenvolvido no campo prático, ratificou-se a hipótese levantada neste estudo, de modo que 67% das produções apresentaram que há compatibilidade e 33% certificaram a ausência, o que evidenciou a descontinuidade dessa aproximação como consequência dos influxos do exercício profissional na e sobre a realidade.

Aludiu-se à perspectiva da instrumentalidade inspirada na razão dialética, tida como a capacidade desenvolvida pelos profissionais ao relacionar meios e fins alinhados à intencionalidade projetada para responder demandas do campo prático.

Faz-se necessário compreender a dinâmica das mediações na sociedade contemporânea, bem como os traços que particularizam a profissão. Este movimento coexiste com a necessidade histórica de um aprofundamento teórico-metodológico que qualifique as novas demandas postas à profissão e convoque os profissionais a investirem todos os esforços intelectuais e materiais reunidos até aqui.

Requisições distintas e antagônicas são impostas ao cotidiano profissional de assistentes sociais, em virtude da sua localização no interior da disputa estabelecida entre o movimento de reafirmação das políticas sociais públicas e da mercantilização do atendimento às necessidades sociais. Desse modo, exige-se que o profissional seja capaz de entender o significado social de sua ação, identificar as dimensões universais e particulares que configuram as expressões da “questão social” e sobretudo, conhecer a estrutura que determina a instituição para assim, poder agir consciente na e sobre a realidade, sabendo em que momento é oportuno para avançar ou recuar.

Portanto, reafirma-se a necessidade do debate da instrumentalidade profissional sintonizar-se com os novos tempos e, igualmente, com os desafios postos pela conjuntura ultra neoliberal, com o intuito de romper com perspectivas imprecisas e precipitadas que limitam a compreensão da temática.

Ademais, reitera-se o compromisso da categoria na luta pela manutenção e viabilização dos direitos sociais em busca da construção de uma sociedade emancipada que, pela pesquisa ora apresentada, possui uma razão emancipatória dominante e, portanto, uma instrumentalidade emancipatória que, mesmo que seja intermitente, vem se robustecendo e ganhando notoriedade interna e externa à profissão.

REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa. **O Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social brasileiro**. 401 f. Tese (Doutorado). Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social. São Paulo, 2006.

_____. **O Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social brasileiro: ruptura com o conservadorismo**. São Paulo: Cortez, 2019.

AMARAL, João José Franco do. **Como fazer uma pesquisa bibliográfica**. Fortaleza. Universidade Federal do Ceará. 2007. p. 1-25. Disponível em: <<http://200.17.137.109:8081/xiscanoe/courses1/mentoring/tutoring/Como%20fazer%20pesquisa%20bibliografica.pdf>> Acesso em: 11 maio 2021.

ARAGÃO, Thays Valle do Carmo. **O trabalho do assistente social nas UPAs de Juiz de Fora**: especificidades de um espaço sócio-ocupacional. 184 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Juiz de Fora. 2017.

ARAÚJO, Isabelle Maria Mendes de. Direito à saúde: perspectivas do modelo neodesenvolvimentista brasileiro, privatização da saúde e a questão social. **Revista Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 16. n. 2, p 62-79, jan/jul. 2014.

BAHIA, Ligia. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, vol 34, n. 7, ed 00067218, 2018. p. 1-16. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n7/1678-4464-csp-34-07-e00067218.pdf>> Acesso em: 24 set 2020.

BAYER, Gustavo F.; LEYS, Hector R. Saúde enquanto questão politicamente intermediada. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Ano IV, n. 22, p. 108-125, 1986.

BADZIAK, Rafael Policarpo Fagundes; MOURA, Victor Eduardo Viana. Determinantes Sociais da Saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Revista Saúde Pública Santa Catarina**, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010. p. 69-79.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2ª edição – São Paulo: Cortez. 2008.

_____; SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos. Questão social e direitos. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 1-21.

BESERRA, Ingrid Karla da Nóbrega. **Serviço Social e contrarreforma da saúde**: racionalidade e instrumentalidade no exercício profissional. 163 f. Dissertação (Mestrado), Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. In: **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, vol. 5, n. 11, p. 121-136, mai./ ago. 2011.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Physis: **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007. p. 77-93.

BRANDÃO, Thiago Bazi. Burocracia e Serviço Social: uma ameaça ao projeto ético-político da profissão? 243 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Política Social. Brasília, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nº1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

_____. Conferência Mundial Sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro. 2011. p. 1- 47.

_____. Declaração Política do Rio Sobre Determinantes Sociais da Saúde. World Health Organization. Rio de Janeiro. 19-21 octber. 2011.

_____. Lei nº 8662/1993. **Regulamentação da Profissão de Assistentes Sociais**, de 7 de junho de 1993. Brasília, 1993.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete... [et al.], (Orgs). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 88-110.

_____; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete... [et al.], (Orgs). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 197-217.

_____; PELAEZ, Elaine Junger. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social, Estado, Democracia e Saúde**. Brasília, v. 22, n. 46, jan/jun. 2020. p. 191-209.

_____; _____. MENEZES, Juliana Souza Bravo de. Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: o SUS totalmente submetido ao mercado. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, XVI, 2019, Brasília/DF. p. 1-13. Disponível em: <<https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1878>> Acesso em: 08 abr 2021.

CALAIS, Beatriz. Brasil tem 10 novos bilionários no ranking de 2021. **Revista Digital Forbes. 2021**. Disponível em: <<https://www.forbes.com.br/forbes-money/2021/04/brasil-tem-10-novos-bilionarios-no-ranking-de-2021/>> Acesso em: 19 abr 2021.

CARDOSO, Priscila Fernanda Gonçalves. 80 anos de formação em Serviço Social: uma trajetória de ruptura com o conservadorismo. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.127, set./dez., 2016, p.430-455.

CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro; GARCIA, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.26, n.3, 2017, p.676-689.

CAVALCANTI, Anair Holanda; ALBUQUERQUE, Kílvia Maria de. O Serviço Social e a Atenção Primária. **Sanare**. Ano III, n. 1, jan./fev./mar. 2002. p. 28-30.

Conselho Federal de Serviço Social (Org.). Assistentes Sociais no Brasil. **Elementos para estudo do perfil profissional**. Brasília /Maceió, UCFESS-UFALCRESS, 2005.

_____. Resolução nº 273, de 13 de março de 1993. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília, 1993.

_____. RESOLUÇÃO CFESS Nº 557/2009, Brasília, 2009.

_____. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2010.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Editora Afiliada, 2011.

CISLAGHI, Juliana Fiúza; TEIXEIRA, Sandra Oliveira; SOUZA, Tainá. O financiamento do SUS: principais dilemas. In: I CIRCUITO DE DEBATES ACADÊMICOS. **Anais...** Brasília, 2011. p. 1-19. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo16.pdf>> Acesso em: 10 ago 2019.

COSTA, Danielle Lima. A política nacional de saúde: o assistente social e os desafios de uma ação interdisciplinar. **Revista Âmbito Jurídico**, n. 161, ano XX, s.p., jun. 2017.

COSTA, Francilene Soares de Medeiros. **Instrumentalidade do Serviço Social: dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa e exercício profissional**. 147 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de Saúde e a inserção dos (as) Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete... [et al.], (Orgs). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 304-351.

_____. **Serviço Social e Intersectorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersectorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde**. 2010. 266 f. Tese (Doutorado). Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Pernambuco, Recife, 2010.

COUTINHO, Carlos Nelson. **O estruturalismo e a miséria da razão**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1972.

DANTAS, André Vianna. **Do Socialismo à Democracia**: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini; ANDRADE, Selma Regina de; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; DRAGO, Livia Crespo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, São Paulo, p. 1-8, jan./fev. 2013.

FERNANDES, Odete. Categorias fundamentais para a compreensão da instrumentalidade no trabalho do assistente social. In: LAVORATTI, Cleide; COSTA, Dorival (Org.). **Instrumentais técnico-operativos no Serviço Social**: um debate necessário. Ponta Grossa: Estúdio Texto, 2016. p. 13-26.

FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; RODRIGUES-NETO, João Felício; LEITE, Máisa Tavares Souza. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 2010, vol.63, n.1, jan-fev, p.117-121. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf>> Acesso em: 10 abr 2021.

FLEURY, Sonia. Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**. Botafogo, Rio de Janeiro, 2009. p. 743-752.

FROSSARD, Andrea Georgia de Souza; SCHAEFFER, Marli; SIMÕES, Alessandra Gomes. Competências do Serviço Social em Cuidados Paliativos: notas preliminares. **Zeppelini Publishers**. São Paulo, 2020. p. 1-15.

GEORGE, Francisco. **Sobre determinantes da saúde**. set 2011. Disponível em: <<http://bit.ly/2vZqVke>> Acesso em: 16 mar 2020.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do serviço social**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

_____. **A Instrumentalidade no trabalho do Assistente Social**. Cadernos do Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais, Capacitação em Serviço Social e Política Social, módulo 4. 2007. p. 1-16.

_____. Expressões do pragmatismo no Serviço Social: reflexões preliminares. **Revista Katálisis**, Florianópolis, 2013, v. 16, n. especial, p. 39-49.

_____. Nas pegadas dos 80 anos de história do Serviço Social: o debate da instrumentalidade como marco. In: SILVA, Maria Liduína de Oliveira e (org.). **Serviço Social no Brasil**: histórias de resistências e de ruptura com o conservadorismo. São Paulo: Cortez, 2016. P. 287-310.

GOMES, Cláudia Maria Costa. A tendência do debate sobre os direitos na cultura política contemporânea. **Ser Social**. Brasília, n. 20, jan./jun. 2007. p. 09-32.

GUIMARÃES, Simone de Jesus; NEIVA, Anna Katarine Ferreira Lima. O Projeto Ético-Político do Serviço Social e Suas Implicações na Contemporaneidade. **Revista FSA**, Teresina, v. 12, n. 1, art. 13, jan./fev. 2015. p. 200-221.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. 12. ed. – São Paulo: Cortez, 2013.

_____. A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 120, out./dez. 2014. p. 609-639.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 26.ed. São Paulo: Cortez, 2015a.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2015b.

KRÜGER, Tânia Regina. Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, dez. 2010. p. 123–145.

_____. Saúde pública no Brasil: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 218-226, jul./dez. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/36150/28075>> Acesso em: 19 dez 2019.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**; tradução de Célia Neves e AldericoToríbio. 2 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro; REIS, Ademar Arthur Chioro dos; LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; GOULART, Patrícia Martins; TRAPÉ, Carla Andrea. Movimento da Reforma Sanitária e Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador: um desencontro indesejado. **Saúde Debate**, v. 43, n. especial 8, Rio de Janeiro, dez 2019, p. 120-132.

LEITE, Priscila de Souza Chisté. Contribuições do materialismo histórico-dialético para as pesquisas em Mestrados Profissionais na área de ensino de humanidades. In: **Atas Investigação Qualitativa em Ciências Sociais**. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo. 2017. p. 847-856.

LESSA, Sergio. **Mundo dos homens: trabalho na ontologia de Lukács**. 3. ed. Maceió: Coletivo Veredas, 2016.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálisis**. Florianópolis, v. 10, n. especial, p. 37-45. 2007.

MACHADO, Alexandre; CRUZ, César Albenes de Mendonça. Reflexões sobre a saúde enquanto legítima perspectiva e direito do cidadão, prioridades e dever do Estado. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 17, n. 1, jan./jul. 2018. p. 228 – 239.

MAGALHÃES, Selma Marques. **Avaliação e linguagem relatórios, laudos e pareceres**. São Paulo Veras, 2003.

MARSHALL, Thomas Humphrey. Cidadania e classe social. In: _____. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967. p. 57-114.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, jul./set. 2011, p. 497-508.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política, Livro I, vol. I, 25. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

MEDEIROS, Moíza Siberia Silva de. Os fundamentos da relação teoria e prática no estágio em Serviço Social. **Revista Katálysis**. Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 351-360, out./dez. 2016.

MENDES, Jussara Maria Rosa; ALMEIDA, Bernadete de Lourdes Figueiredo de. As recentes tendências da pesquisa em Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 120, p. 640-661, out./ dez. 2014.

MENDONÇA, Djanyse Barros de Arruda. **Projeto Ético-Político e Exercício Profissional**: o que se tem a dizer da atualidade dessa relação? 110 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Recife, 2007.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. Trad. Paulo César Castanheira e Sérgio Lessa. São Paulo, Editora da UNICAMP/BOITEMPO Editorial, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.); *et al.* **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. – Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MOREIRA, Solange da Silva. **O projeto ético-político e a prática profissional dos assistentes sociais na saúde**. 2006. 117 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

MOSCON, Nelize; KRÜGER, Tânia Regina. O Serviço Social na atenção básica e o acesso aos serviços de saúde. **Revista Saúde Pública**. Santa Catarina, Florianópolis, v. 3, n. 2, jul./dez. 2010. p. 88-98.

NETTO, José Paulo. Razão, Ontologia e Práxis. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 44, 1994, p. 26-42.

_____. **A Construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea**. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB, 1999.

_____. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete... [et al.], (Orgs). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 141-160.

_____. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 8. ed. São Paulo, Cortez, 2011.

_____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 17 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

_____. Uma face contemporânea da barbárie. In: III ENCONTRO INTERNACIONAL CIVILIZAÇÃO OU BARBÁRIE. 3: O agravamento da crise estrutural do capitalismo: o socialismo como alternativa à barbárie. Portugal. **Anais...** Portugal, 2010. p. 1-39. Disponível em: <<http://revistas.marilia.unesp.br/index.php/novosrumos/article/view/3436/2657>> Acesso em: 29 dez 2019.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O direito à saúde na reforma do Estado brasileiro: construindo uma nova agenda**. 2022. 349 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

_____. Direito à saúde na sociedade contemporânea: um convite à reflexão. **Ser Social**, n. 10, p. 9-31, jan/jun. 2009.

_____; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete... [et al.], (Orgs). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 218-241.

NOZABIELLI, Sonia Regina; DINIZ, Tânia Maria Ramos de Godoi; DE JESUS, Jorge Pinheiro. Proteção Social no capitalismo, filantropia e a desidratação das políticas sociais no contexto da pandemia COVID-19. In: Trabalho, movimentos e políticas sociais: diálogos com o Serviço Social [recurso eletrônico]. Orgs: Cláudia Mazzei Nogueira, Renata Gonçalves e Sônia Nozabielli. São Paulo: Rosivan Diagramação & Artes Gráficas, 2021. p. 205-222.

NUNES, André; SANTOS, James Richard Silva; BARATA, Rita Barradas; VIANNA, Solon Magalhães. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 2010. **Redução das Desigualdades no período de uma geração: Igualdade na Saúde através acção sobre os seus determinantes sociais**. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, 2010. p. 1-259.

OLIVEIRA, Andréia de; KRÜGER, Tânia Regina. Trinta anos da Constituição Federal e a participação popular no SUS. **Argum.** Vitória, v. 10, n. 1, p. 57-71, jan./abr. 2018. Disponível em: <<file:///D:/User/Downloads/18621-56161-1-PB.pdf>> Acesso em: 15 dez 2019.

OLIVEIRA, Áunea Cibelle de Oliveira; SANTOS, Kallyne de Moraes; SILVA, Maria das Graças Ferreira da; BENEDITO, Jonorete de Carvalho. As “práticas terapêuticas” ou “serviço social clínico”: uma retomada das ideias conservadoras na profissão. **Cadernos de Graduação** - Ciências Humanas e Sociais Fits. Maceió, v. 1, n.1, nov. 2012, p. 23-30.

PAIM; Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. **O Sistema de Saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil. 1. 2011. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/352546>> Acesso em: 10 fev 2020.

_____. **Reforma sanitária brasileira contribuição para a compreensão e crítica** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PAIVA, Beatriz Augusto de. Estratégias de resistência frente à precarização da formação e do exercício profissional: atualidade do Código de Ética e da Lei de regulamentação da profissão. In: Conferências e Deliberações do 39º Encontro Nacional CFESS-CRESS. Florianópolis, Santa Catarina. 2010. p. 31-47.

PELLEGRINI FILHO, Alberto. Determinantes Sociais da Saúde e Determinantes Sociais das Iniquidades em Saúde: a mesma coisa? Rio de Janeiro: **Portal DSS Brasil**; 2011. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/?post_type=opinioes&p=2440&preview=true> Acesso em: 11 dez 2019.

PELLIZZARO, Inês. **A atuação do assistente social na atenção básica e a interface com os demais níveis de complexidade**. Conselho Regional de Serviço Social, Santa Catarina. 2010.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, 2001. Disponível em: <http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto_de_apoio_3_-_HS-Historia_Saude_no_Brasil.pdf> Acesso em: 02 ago 2019.

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

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

RAMOS, Sâmia Rodrigues. **A mediação da organização política na (re) construção do projeto profissional**: o protagonismo do Conselho Federal de Serviço Social. 332 f. Tese (doutorado). Universidade Federal de Pernambuco. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Recife, 2005.

SANTOS, Charlene Cortes dos. O ser humano e sua cidade: o papel do Estado na concretização do direito fundamental à moradia à luz do princípio fundamental da

dignidade da pessoa humana. **Revista Âmbito Jurídico**. nº 169, ano XXI, fev., 2018.

SANTOS, Marta Alves; SENNA, Mônica de Castro Maia. Educação em Saúde e Serviço Social: instrumento político estratégico na prática profissional. **Revista Katálisis**. Florianópolis, 2017, v. 20, n. 3, set./dez, p. 439-447. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rk/v20n3/1414-4980-rk-20-03-00439.pdf>> Acesso em: 10 abr 2021.

SCHAPPO, Sirlândia. Política Social no Brasil: entre a lógica do direito e do personalismo. **Textos & Contextos**. Porto Alegre. 2018. v. 17. n. 1, jan/jul. p. 214-227.

SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, 2014. n. 118, abr./jun. p. 366-393.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004, vol. 20, n. 2, mar- abr, p. 580-588.

SILVA, André Luis da. **A imagem e identidade profissional do assistente social expressas no cotidiano**: um estudo a partir da demanda de trabalho na alta complexidade em saúde. 2016. 226 f. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2016.

SILVA, José Fernando Siqueira da. **Serviço Social: razão ontológica ou instrumental?** Revista. **Katálisis**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 72-81, jan./jun. 2013. Acesso em 05 abr 2021.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao Serviço Social. 2010. 209 f. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Pernambuco/CCSA. Recife. 2010.

SOBRINHO, Eduardo Jorge Alves. Políticas contemporâneas: fim do direito à saúde? **Revista Saúde e Sociedade**. p. 5-14. 2002.

SODRÉ, Francis. O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 117, p. 69-83, jan./mar. 2014.

SOUSA, Charles Toniolo de. **A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional**. Emancipação, Ponta Grossa, 8 (1), 2008. p. 119-132.

SOUSA, Fernanda Marques de; FRANÇA, Merilin Carneiro. Viabilização de direitos versus ofensiva neoliberal: dificuldades e possibilidades da prática do assistente social na alta complexidade. In: 3º ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA

SOCIAL, 10º ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL: Capitalismo Contemporâneo: tendências e desafios da política social, Vitória. **Anais...** Vitória, 2015, p. 1-15.

SOUSA, Julise Cristina de; MARIANO, Valquiria Alves; BRAGA, Luana; FRANÇA JUNIOR, Reginaldo Pereira; CARVALHO NETO, Cacildo Teixeira de; BARROS, Jaqueline de Melo. A efetivação do projeto ético político profissional no âmbito da assistência social. **Anais...** Congresso Catarinense de assistentes sociais, Florianópolis, Santa Catarina. 2013. p. 1-9.

TABORDA, Elis; MANN, Lilian dos Santos; PFEIFER, Mariana. A autonomia relativa no exercício profissional do assistente social. **In:** Seminário Nacional de Serviço Social, trabalho e política social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2015. p. 1-6. Disponível em : <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/180624/Eixo_2_61.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 10 mai 2021.

TEIXEIRA, Leila Marçal Benício. **Avaliação do processo de implementação dos parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde de Pernambuco**. 2012. 108 f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2012.

TOURAINÉ, Alain. **Um novo paradigma**. Petrópolis: Vozes, 2005.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

VELOSO, Lourdes dos Santos. Participação do Assistente Social em equipes multidisciplinares de saúde – um relato de experiência. **4º Simpósio Mineiro de assistentes sociais**. 2016. Disponível em: <<https://www.cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/39/397c4d3e-111c-4e38-bf90-ce85f5c44b4b.pdf>> Acesso em: 16 jan 2020.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHRAMM, Fermin Roland. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 77-100, 2010.

ZIONI, Fabíola; WESTPHAL, Márcia Faria. O enfoque dos Determinantes Sociais de Saúde sob o ponto de vista da teoria social. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.16, n.3, p. 26-34, 2007.

XAVIER, Arnaldo; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Reflexões sobre a prática profissional do assistente social: relação teoria-prática, historicidade e materialização cotidiana. **Textos & Contextos**. v. 13, n. 2, jul./dez. Porto Alegre, p. 355-365, 2014.

APÊNDICE

APÊNDICE 1: ROTEIRO PARA LEITURA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES DE PESQUISA BIBLIOGRÁFICA – PPGSS / SEPSASS (ADAPTADO DE MIRANDA; CAVALCANTI, 2017)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO ACADÊMICO**

**ROTEIRO PARA LEITURA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES DE PESQUISA
BIBLIOGRÁFICA – PPGSS / SEPSASS (ADAPTADO)**

REFERÊNCIA DA OBRA	
Título:	
Autoria:	
Ano:	
Eixo Temático:	
Código do Trabalho:	
Região do Brasil de onde o trabalho é oriundo:	
Vinculação dos autores à instituição: ☐ públicas ☐ de ensino e pública (universidades) ☐ privadas ☐ de ensino e privada (faculdade) ☐ OSs/Fundações ☐ de ensino EAD	

CARACTERIZAÇÃO DA OBRA	
Tema:	
Objeto / enfoque:	
Objetivo geral:	
Vinculação com tema da pesquisa: Objetivo central se vincula ou corresponde ao tema da pesquisa? ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcialmente	
Conceitos ou categorias principais da obra (palavras-chave):	Tipo de pesquisa/estudo: ☐ pesquisa de campo; ☐ estudo de caso; ☐ pesquisa documental; ☐ relato de experiência; ☐ debate; ☐ estudo ou revisão sistemática; ☐ dossiê; ☐ editorial; ☐ outro.

Teoria norteadora: ☐ tácito; ☐ explícito. ☐ com ecletismo; ☐ sem ecletismo. Identificar qual: ☐ não identificada	
Universo: Amostra: ☐ não se aplica	Característica da amostra: ☐ contexto de atenção básica; ☐ contexto de média complexidade; ☐ contexto de alta complexidade; ☐ não se aplica.
Resumo:	

CONTRIBUIÇÕES DA OBRA
Categorias e conceitos ou descritores (por ordem de relevância – escolher as duas que mais aparecem): ☐ Instrumentalidade; ☐ Serviço Social; ☐ Serviços de Saúde; ☐ Reforma na Saúde ou Reforma Sanitária Brasileira; ☐ Contrarreforma ou Reforma do Estado.
Incidência de temáticas (por ordem de relevância – escolher as duas que mais aparecem): ☐ Formação Profissional; ☐ Serviços de saúde; ☐ Estágio/Supervisão; ☐ Projeto Ético-Político Profissional; ☐ Instrumentalidade.
Perspectiva da Obra (qual a perspectiva de instrumentalidade identificada na obra?) ☐ tácita; ☐ explícita.
Acerca da questão “real/ideal”, existe compatibilidade entre as propostas do PEPP e as ações efetivamente desenvolvidas pelo assistente social? ☐ sim; ☐ não; ☐ não se aplica.
Sobre a organização do trabalho, como ocorre a articulação entre teoria e prática? ☐ no discurso (idealmente); ☐ materializada por mediações;

☐ não se aplica.
Organização interna dos serviços de saúde: ☐ burocrática e verticalizada; ☐ horizontal e democrática (controle social); ☐ não se aplica.
Principais ações desenvolvidas pelo assistente social: ☐ não se aplica.
Demandas para o Serviço Social (dos serviços de saúde, das equipes, dos usuários): ☐ não se aplica.
Imagem prevalente do Serviço Social na instituição: ☐ não se aplica ☐ imediatista; ☐ generalista; ☐ viabilizador de direitos.
Autoimagem prevalente do Serviço Social na instituição: ☐ não se aplica; ☐ imediatista; ☐ generalista; ☐ viabilizador de direitos.
Qual a instrumentalidade predominante no trabalho do assistente social nos serviços de saúde nesta conjuntura de contrarreforma do Estado? ☐ reforça as razões formal-abstrata e instrumental; ☐ pauta-se na razão emancipatória (dialética); ☐ não se aplica.
Principais direitos defendidos no exercício profissional do assistente social nos serviços de saúde mediante a conjuntura de contrarreforma: ☐ não se aplica.
Qual a concepção de saúde que orienta o exercício profissional do assistente social nos serviços de saúde: ☐ Ampliada/ racionalizadora (projeto reformista); ☐ Conservadora/ modernizante (projeto privatista); ☐ não se aplica.

Instrumento adaptado. 2021.