

**AVM Faculdade Integrada
Assistência Social e Saúde Pública
Vanea de Souza Quevedo**

**ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE Á LUZ DO DIREITO PÚBLICO E
O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL**

**Brasília - DF
2015**

AVM Faculdade Integrada
Assistência Social e Saúde Pública
Vanea de Souza Quevedo

**ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE Á LUZ DO DIREITO PÚBLICO E
O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de Pós graduação em Assistência
Social e Saúde Pública da AVM Faculdade
Integrada como requisito á obtenção
do título de Especialista
Orientador: Róbison Gonçalves de Castro

Brasília - DF
2015

DEDICATÓRIA

A Deus, aos meus pais, aos meus irmãos, cunhados, sobrinhos e amigos que me apoiaram em todos os momentos de minha vida e em especial ao meu esposo Welder, pelo carinho, incentivo e compreensão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado forças para chegar até aqui, por estar ao meu lado em todos os momentos, por me dar o dom da vida e a inteligência para discernir o caminho certo a seguir.

Ao meu orientador Prof. Róbison Gonçalves de Castro, pela sua dedicação, atenção, comprometimento e por compartilhar o seu conhecimento.

Aos meus colegas de curso, que de alguma maneira me incentivaram, e juntos trilhamos o caminho do conhecimento.

A todos os professores que contribuíram para a minha formação, não só como profissional, mas, como ser humano em constante transformação. A vocês grata amizade, conhecimento e sabedoria que irei levar para vida.

Ao meus pais José e Maria, que são meus alicerces para a vida, obrigado pelo carinho, incentivo e apoio incondicional pois, tudo o que sou, devo a vocês.

Aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos por fazerem parte da minha vida e estarem ao meu lado em todos os momentos, me enchendo de carinho e alegria.

Ao meu esposo Welder, pelo carinho, apoio, amizade e companheirismo durante esses anos, me ajudando a crescer e a ser uma pessoa melhor.

Epígrafe

A indignação extrapola as fronteiras
Da permisividade humana oculta!
Choram mulheres, homens, crianças!
Morrem à míngua com lágrimas nos olhos
Filhos do descaso e da pobreza...
Perambulam por hospitais, postos e curandeiras
No desespero da impotência
Em busca de socorro que não encontram...
Apenas frieza diante da inconformidade,
Miseráveis que s'esquecem
Da lei que rege a humanidade de sempre
Que o que é dado pra si retorna
Da forma que mais lhe dói a consciência.

Mônica Christi

QUEVEDO, Vânea de Souza. Assistência Social e Saúde a luz do Direito Público e o trabalho do Assistente Social. 81 p. Trabalho de Conclusão de Curso de Pós Graduação Latu Sensu em Assistência Social e Saúde Pública - AVM Faculdade Integrada, Brasília, 2015.

RESUMO

O Brasil sempre foi um país marcado por contradições e desigualdades. Vivemos numa época em que a questão social, aflorada pelas precárias condições de saúde, educação, emprego, renda, moradia, saneamento básico, etc. têm repercutido em grande parte da população. O termo questão social não é novo em nossa sociedade, desde o século XIII e meados do século XIX que ele aparece, tendo mais consciência no início do século XX, com o avanço da industrialização capitalista e da exploração da mão de obra dos trabalhadores. Nesta época, algumas propostas em termos de políticas públicas começam a surgir, através do Estado, em resposta às reivindicações dos trabalhadores e movimentos sociais, com destaque para as políticas de Saúde e a Assistência Social. Tais propostas, com o passar dos anos são cada vez mais fortalecidas, através das pressões dos movimentos sindicais e da classe trabalhadora, tornando-se assim políticas públicas de garantia de direitos. É válido ressaltar, que a Constituição Federal, promulgada em 1988 teve papel fundamental no fortalecimento e na implantação dessas políticas, ao constituir a Saúde e a Assistência Social como direito não contributivo garantido a todo cidadão. Além disso, é através da Constituição que diversas leis começaram ser criadas dando origem aos dois grandes sistemas existentes atualmente: o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Sendo assim, este estudo tem como objetivo conhecer historicamente como estão estruturadas as políticas de Assistência Social e de Saúde, sob a égide do Direito Público Brasileiro e analisar como está organizado o trabalho profissional do Assistente Social frente a essa demanda, tendo como foco o aparato legal, normativas e demais legislações pertinentes que regulamentam estas políticas. Para alcançar tal objetivo foi realizado um levantamento bibliográfico, através de diversos autores, onde foi abordada a trajetória histórica da construção das políticas de Assistência Social e de Saúde pública no Brasil, de acordo com as exigências legais e as principais normativas existentes em cada período, bem como, sobre a realização do trabalho profissional do Assistente Social, frente a tais políticas. Observa-se, portanto, que, pautado nos princípios éticos que compõe o exercício profissional, o Assistente Social têm contribuído de forma significativa para a implantação e efetivação das políticas de Assistência Social e de Saúde pública, além da promoção e garantia do direito social de cada cidadão.

Palavras-chave: Assistência Social, Saúde, Assistente Social, Direito Público

QUEVEDO, Vânea de Souza. Assistência Social e Saúde a luz do Direito Público e o trabalho do Assistente Social. 81 p. Trabalho de Conclusão de Curso de Pós Graduação Latu Sensu em Assistência Social e Saúde Pública - AVM Faculdade Integrada, Brasília, 2015.

ABSTRACT

Brazil has always been a country marked by contradictions and inequalities. We live at a time when the social question, touched on by poor health, education, employment, income, housing, sanitation, etc. have passed on much of the population. The term social issue is not new in our society, since the thirteenth century and the mid-nineteenth century he appears, with more awareness in the early twentieth century, with the advance of capitalist industrialization and exploitation of the labor of workers. At this time, some proposals in terms of public policies begin to emerge, through the state, in response to the claims of workers and social movements, especially health policy and social assistance. Such proposals over the years are increasingly strengthened by the pressures of the union movement and the working class, thus making up public policy warranty rights. It is worth noting that the Federal Constitution, promulgated in 1988 played a key role in strengthening and implementation of these policies, to provide health and social care as non-contributory right guaranteed to all citizens. Moreover, it is through the Constitution that several laws began to be created giving rise to two major currently existing systems: the National Health System (SUS) and the Single Social Assistance System (ITS). Thus, this study aims to evaluate historically and are structured the Social and Health Care policies, under the aegis of the Brazilian Public Law and analyze how it is organized professional work of the social worker will forward this demand, focusing on the apparatus Legal, regulatory and other applicable legislation governing these policies. To achieve this goal was based on a literature through various authors, which addressed the historical trajectory of the construction of social welfare policies and public health in Brazil, according to the legal requirements and the main existing laws in each period as well as, on the implementation of professional work of the social worker, against such policies. Therefore observe that, based on ethical principles that make up the professional practice, the social worker has contributed significantly to the implementation and effectiveness of social assistance policies and public health, in addition to promoting and ensuring social rights every citizen.

Keywords: Social Welfare, Health, Social Worker, Public Law

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
PNAS – Política Nacional de Assistência social
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social
CF – Constituição Federal de 1988
LOS – Lei Orgânica da Saúde
LBA – Lei Brasileira de Assistência
CNSS – Conselho Nacional de Serviço Social
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
CBCISS - Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais
CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social
PSB – Proteção Social Básica
PSE – Proteção Social Especial
NOB – Norma Operacional Básica
NOB/RH – Norma Operacional Básica/ Recursos Humanos
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
FAO - Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
IOC - Instituto Oswaldo Cruz
CAPs – Caixas de aposentadorias e Pensões
MESP - Ministério da Educação e da Saúde Pública
IAPs – Instituto de Aposentadorias e Pensões
LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social
DNERu - Departamento Nacional de Endemias Rurais
SESP- Serviço Especial de Saúde Pública
INPS – Instituto Nacional de Previdência social
CDS – Conselho de Desenvolvimento Social
PNAD – Plano Nacional de Desenvolvimento

CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciário

CEBES – Centro Brasileiro de Saúde Pública

SUDs - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

PNAS – Política Nacional de assistência social

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. A EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL: Aspectos Históricos e principais normativas	16
2. A POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: Breve histórico e principais marcos legais	33
3. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	60
3.1. A Política de Saúde pública e o trabalho do Assistente Social.....	60
3.2. O trabalho do profissional de Serviço Social frente á política de Assistência Social.....	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	81

INTRODUÇÃO

De acordo com Silva (2011), nos últimos anos o discurso em torno das políticas públicas ganhou relevância de âmbito nacional, sendo este um tema recorrente no Brasil, principalmente em estudos e pesquisas acadêmicas, embora não tem merecido destaque em torno da agenda política nacional.

Dessa forma, Silva (2011) cita Faria (2003) ao afirmar que [...]

[...] existe uma babel de abordagens, teorizações incipientes e vertentes analíticas, que buscam dar inteligibilidade à diversificação dos processos de formação e gestão das políticas públicas em um mundo cada vez marcado pela interdependência assimétrica. Esse caráter incipiente é comprovado, por exemplo, pelo fato de qualquer exame da produção brasileira recente evidenciar a quase inexistência de análises mais sistemáticas acerca dos processos de implementação de políticas públicas, além da escassez dos estudos de "pós-decisão" da institucionalização destas políticas.

Conforme Silva (2011), ao analisar o processo histórico das iniciativas de modernização das políticas públicas no Brasil, verifica-se que a maioria são caracterizadas pela fragmentação e descontinuidade de ações com o consequente desperdício de recursos e resultados insuficientes. Dessa forma, as políticas públicas passaram a ser interesse do âmbito sócio-jurídico há aproximadamente vinte anos, embora a escassez de teorias mais acentuadas a respeito, evidenciem a realização de conclusões inacabadas.

Nessa perspectiva, de acordo com Silva (2011), nas palavras de Ruas (1998), a variedade de teorias e conceitos a respeito de Políticas Públicas, cujo enfoque é a diferenciação social das sociedades modernas podem ter relação direta ou indiretamente com o surgimento dos conflitos sociais. Assim, são utilizados da política, por meio da coerção para abafar tais conflitos, que por sua vez abalam a ordem social. Dessa forma, a política, no entendimento dos autores, seria um “conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica de conflitos quanto a bens públicos.” Diferentemente da política pública que trata - se de um “conjunto de decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores.”

Desse modo, pode-se inferir que para o surgimento de uma política pública há a necessidade de diversas decisões e de várias ações estratégicas para a sua implementação.

Assim, para Silva (2011), as políticas públicas caracterizam-se como instrumentos de poder e ação dos governos, ao entenderem que governar através das políticas (*government by policies*) era politicamente mais fácil e aceitável para a sociedade, do que governar por meio da repressão (*government by law*). Um exemplo significativo de substituição é Estado de Bem Estar Social, marcado pelo implemento das políticas sociais e a garantia dos direitos fundamentais positivos.

Em suma, de acordo com Silva (2011):

[...] políticas públicas são as decisões de governo que influenciam a vida de um conjunto de cidadãos. São os atos que o governo faz ou deixa de fazer e os efeitos que tais ações ou inações provocam na sociedade. O processo de políticas públicas numa sociedade democrática é extremamente dinâmico e conta com a participação de diversos atores em vários níveis. O desejável é que todos os afetados e envolvidos em política pública participem o máximo possível de todas as fases desse processo: identificação do problema, formação da agenda, formulação de políticas alternativas, seleção de uma dessas alternativas, legitimação da política escolhida, implementação dessa política e avaliação de seus resultados. Políticas públicas são aqui entendidas como o "*Estado em ação*", ou seja, é o Estado implantando um projeto de governo, por intermédio de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade.

Ainda conforme Silva (2011) uma questão importante a ser analisada quanto à definição de política pública é que a política não é uma norma e nem um ato jurídico, entretanto, tais elementos a compõe, ao passo que a política pode ser entendida como "*um conjunto organizado de normas e atos tendentes à realização de um objetivo determinando*". Dessa forma, as normativas (atos, normas e decisões) que integram as políticas públicas são objetivadas pela política, cuja característica é de unicidade.

Silva (2011) ainda cita Dworkin (2002), quando assinala que a de política contrapõe-se à noção de princípio, ao determinar uma meta a ser alcançada, como um padrão de conduta, que na maioria das vezes é a melhoria das condições econômicas, políticas ou sociais da sociedade. Dessa forma,

Os argumentos de princípio se propõem a estabelecer um direito individual; os argumentos políticos se propõem a estabelecer um objetivo coletivo. Os princípios são proposições que descrevem direitos; as políticas são proposições que descrevem objetivos. (DWORKIN, 2002 apud. SILVA, 2011).

Para Silva (2011), as políticas públicas são entendidas como programas de ação governamental utilizadas pelo Estado para traçar diretrizes e metas, a fim de alcançar os objetivos propostos à intervenção econômica e social.

Ainda, conforme Silva (2011) é válido afirmar que, historicamente no Brasil a trajetória das políticas públicas foram marcadas pela evolução sociológica do Direito, com a consolidação do chamado Estado democrático de direito, através da promulgação da Carta Constitucional e da garantia da efetivação dos direitos sociais e defesa da liberdade.

Assim, conforme Silva (2011),

A política pública não é um tema ontologicamente jurídico, mas é originário da ciência política e, sobretudo, da sociologia, onde sobressai - se o caráter eminentemente dinâmico e funcional, que contrasta com a estabilidade e generalidade jurídicas. O interesse sócio-jurídico pelas políticas públicas vem crescendo em simetria com o agigantamento do Poder Executivo, fenômeno próprio do Estado social. Tanto que justifica um reexame da classificação tradicional dos poderes estatais, baseada na supremacia do Poder Legislativo e no papel secundário do Poder Executivo, deslocando o lugar de destaque da lei para as políticas públicas, ou seja, do Estado legislativo para o Estado social, que tem na realização de finalidades coletivas a sua principal fonte de legitimidade.

Para Silva (2011) ao aderir às políticas públicas, o Estado delimita novas funções, de coordenação e de fiscalização das ações e dos serviços, cujos fins são garantir os chamados direitos sociais, neles incluídos os econômicos. Desse modo, há uma grande associação entre as políticas econômicas e sociais.

Conforme Silva (2011) o interesse do surgimento das políticas públicas, para o estudo sócio-jurídico, justifica-se pelos seguintes fatores:

- a) Estão ligadas ao resguardo dos direitos sociais e políticos, pois estes demandam do Estado *prestações positivas* e significam o alargamento do leque de direitos fundamentais;
- b) O desenvolvimento de certos setores e atividades do mercado significou a geração de novas demandas, como os direitos dos consumidores, que transitam entre as atividades econômicas e a regulação estatal;
- c) O planejamento inerente à noção de políticas públicas, tornou - se necessário para garantir maior eficiência da gestão pública e da própria tutela legal. Importa, nesse mister, elevar o nível de racionalidade das decisões, evitando processos econômicos, sociais e políticos de cunho cumulativos e não reversíveis, em direções indesejadas. (SILVA, 2011).

Desse modo, o tema proposto na referente pesquisa originou-se do interesse em conhecer como estão estruturadas as políticas de Assistência Social e Saúde, sob a égide do Direito Público Brasileiro e analisar como está organizado o trabalho profissional do Assistente Social frente a essa demanda, tendo como foco o aparato legal e as principais normativas que regulamentam tais políticas.

Partindo do pressuposto de que a Assistência Social no Brasil tem sua trajetória histórica marcada pela caridade, filantropia e solidariedade do Estado, bem como a Saúde, pelo caráter privado, sendo mantida por empresas, já que ainda não se configurava como iniciativa do Estado. O presente estudo teve como objetivo conhecer a trajetória histórica destas políticas, e entender como estas vem se consolidando como políticas públicas de garantia de direitos a população, respectivamente, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do Sistema Único de Saúde (SUS), baseada no aparato legal e normativo, tendo como fonte de implantação as Leis 8.742/93 – Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS); 8.080/90 e 8142/90 – Leis Orgânicas de Saúde (LOS) e demais legislações vigentes.

Sendo assim, a grande relevância deste projeto é conhecer como estão implantados o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS) e qual a contribuição do trabalho do Assistente Social para a efetivação destas políticas.

Para tanto, alguns objetivos foram definidos, com os seguintes propósitos:

- Conhecer a trajetória histórica da Política de Assistência Social brasileira e analisar, como esta vem sendo implantada no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) sob a perspectiva das normas específicas e legislações vigentes;
- Conhecer a trajetória histórica da Política de Saúde Pública no Brasil e analisar, através das inúmeras legislações, como esta vem sendo implantada pelo Sistema Único de Saúde (SUS);
- Conhecer o trabalho do Assistente Social junto às políticas de Assistência Social e Saúde pública e analisar como este profissional tem contribuído para a efetivação destas políticas no Brasil;

Para a efetivação do presente projeto tornou-se necessário a realização de pesquisas bibliográficas de diversos autores pertinentes as áreas, como Marilda Villela Yamamoto, Ana Maria de Vasconcelos, entre outros.

Assim, decorrente da pesquisa bibliográfica e da análise documental, o primeiro capítulo propõe-se a investigar os aspectos históricos da política de Assistência Social, no Brasil e estabelecer um comparativo analítico acerca dos principais atos normativos estabelecidas, desde a sua implantação até os dias atuais.

No segundo capítulo foi abordada a trajetória de implantação da política de saúde pública no Brasil, sendo utilizado dos diversos autores que enriquecem o tema e as principais legislações pertinentes ao longo deste processo histórico. Para tanto, foi necessário ter como base, estudos a respeito do tema, tais como livros, artigos, entre outros.

Já no terceiro capítulo, foi abordado sobre o trabalho do Assistente Social no âmbito das políticas de Assistência Social e de Saúde Pública e a sua contribuição para o processo de institucionalização das mesmas através do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, o universo da Pesquisa foi constituído apenas pela base teórica, através da análise de documentos e da pesquisa em livros, artigos de revistas, jornais e da vasta bibliografia disponível na internet que discorrem sobre o tema.

Sobre este aspecto, Prates (2003, p.126) afirma ser importante “identificar produções atualizadas que versam sobre o assunto, estudos já realizados e outras produções que ampliem nosso estoque de conhecimentos e alonguem nosso olhar”.

Ainda, para ampliar e aprofundar a compreensão sobre a pesquisa foi priorizada as fontes de informações secundárias, que, segundo Marsiglia (2000) constitui - se de dados já escritos e existentes.

Portanto, é válido afirmar que a investigação deste tema foi realizada através da pesquisa bibliográfica e da análise minuciosa de documentos escritos.

1. A EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL: Aspectos Históricos e principais normativas

Correlacionando ao tema principal, contemplada em dispositivo da Constituição no campo da Seguridade Social como política pública de proteção social não contributiva, de direito de cidadania e responsabilidade estatal, a assistência social se apresenta em processo de construção que, balizada em uma atuação proativa, objetiva a redução das desproteções sociais, o provimento contínuo dos benefícios e serviços socioassistenciais protetivos, qualidade nos resultados, e que esteja pautada numa gestão democrática.

Quinonero *et al* (2013) cita Sposati quando a mesma argumenta que:

A inclusão da Assistência na Seguridade Social foi uma decisão plenamente inovadora. Primeiro, por tratar esse campo como conteúdo da política pública, de responsabilidade estatal, e não como uma nova ação, com atividades e atendimentos eventuais. Segundo, por desnaturalizar o princípio da subsidiariedade, pela qual a função da família e da sociedade antecedia a do Estado. (...) Terceiro por introduzir um novo campo em que se efetivam os direitos sociais. (SPOSATI, 2009, p.14 apud QUINONERO ET AL, 2013, p.50).

Assim, de acordo com Nozabielli (2006) a Constituição Federal de 1988 é um marco fundamental no processo histórico de reconhecimento da assistência social como política pública ao lado das políticas de saúde e de previdência social, que compõem o sistema de Seguridade Social brasileiro. Entretanto, reconhecer esta área como política social é uma possibilidade recente, pois existe um legado de concepções, ações e práticas que precisam ser capturadas para entender a construção histórica desta política.

Segundo a autora (2006) a prática de assistência social como “ajuda” não é recente na sociedade, pois, em diferentes épocas, a solidariedade dirigida aos pobres, aos doentes e aos incapazes sempre esteve presente. Pautada pela compreensão da pobreza de ordem natural, entendiam que os fracos e oprimidos sempre existiram e utilizavam das crenças religiosas para justificar a pobreza como destino enviado por Deus.

De acordo com Piana (2009) o Serviço Social tem o seu surgimento e desenvolvimento como profissão através das demandas postas pela

sociedade capitalista, uma vez que esta utiliza de mecanismos de opressão social e reprodução da sua ideologia.

A institucionalização e legitimação do Serviço Social também está intrinsecamente ligada aos interesses do Estado e do empresariado, tendo como suporte a prática cristã ligada à Igreja Católica, na perspectiva do enfrentamento e da regulação da chamada questão social que se intensifica a partir dos anos de 1930, adquirindo expressão política pela intensidade das manifestações na vida social cotidiana.

Dessa forma, Piana (2009) cita Yazbek (2000b, p.92) ao afirmar que:

Terá particular destaque na estruturação do perfil da emergente profissão no país a Igreja Católica, responsável pelo ideário, pelos conteúdos e pelo processo de formação dos primeiros assistentes sociais brasileiros. Cabe ainda assinalar, que nesse momento, a questão social é vista a partir de forte influência do pensamento social da Igreja, que a trata como questão moral, como um conjunto de problemas sob a responsabilidade individual dos sujeitos que os vivenciam, embora situados dentro de relações capitalistas. Trata-se de um enfoque individualista, psicologizante e moralizador da questão, que necessita para seu enfrentamento de uma pedagogia psicossocial, que encontrará no Serviço Social efetivas possibilidades de desenvolvimento.

Dessa forma, a Igreja tem uma grande participação na história da assistência social, através da transformação da ajuda em caridade e, através da benevolência das almas caridosas.

Mas essas práticas tenderiam a se transformar, pois, com a expansão do capital e a necessidade da exploração da classe trabalhadora, as práticas assistenciais de benemerência foram apropriadas pelo Estado, direcionando-as à solidariedade da sociedade civil.

Segundo Piana (2009) o surgimento do Serviço Social está marcado pelas grandes transformações sociais, econômicas e políticas que ocorreram no Brasil nas décadas de 1930 e 1940, com a recristianização da Igreja Católica e os movimentos de grupos, classes e instituições que integraram essas transformações.

Estas duas décadas também são marcadas pela presença de uma sociedade capitalista industrial e urbana.

Segundo Piana (2009) a industrialização processava-se dentro de um modelo de modernização conservadora, pois era favorecida pelo Estado

corporativista, centralizador e autoritário. Assim, a burguesia industrial aliada aos grandes proprietários rurais, buscava apoio principalmente do Estado para financiar seus projetos de classe mas, para isso, necessitavam encontrar novas formas de enfrentamento da chamada questão social.

Assim, conforme Yamamoto (1983) o reconhecimento da “questão social” pela ordem capitalista marca o início de um processo de transição, com a implantação de um mercado de trabalho a serviço do capital, e um exército de mão de obra que venderia sua força de trabalho, num sistema de troca de mercadoria.

Sob a égide do Capitalismo, a manutenção e a reprodução dessa força de trabalho a cargo do operário e de sua família, redesenha uma nova concepção, pois, a venda da força de trabalho não mais é um único senhor, mas à classe capitalista.

Conforme Yamamoto (1983), a sociedade burguesa vendo-se ameaçada pelas lutas do operariado frente à exploração que lhes eram submetidos, tem-se a necessidade de implantar um sistema de controle social da força de trabalho e encontra no Estado um aliado para a concretização deste feito, através da regulamentação jurídica do mercado de trabalho.

Nesta perspectiva, segundo a Autora (1983) começam a surgir algumas Leis Sociais como resposta aos movimentos que lutam por uma cidadania.

Segundo Piana (2009) a política de massa adotada pelo Estado Novo em prol da classe operária tinha como objetivo garantir o controle social e sua legitimação, combinando garantias e repressão, este Estado conseguiu ao mesmo tempo “defender” e reprimir os movimentos reivindicatórios.

Para Piana (2009, p. 88), nas palavras de Yazbek (1980, p.24), esta forma de governo tratava-se da “versão brasileira atenuada do modelo fascista europeu”.

Assim, as estratégias adotadas pelo governo Vargas eram baseados nos modelos corporativos europeus. Por um lado, é criado pelo Estado legislações sociais protetoras e a garantia do direito à reivindicações, mas, em contrapartida, diminui a possibilidade de uma organização política autônoma, criando um aparato institucional assistencial que tenderia a beneficiar muito mais o mercado econômico do que às necessidades da população.

Dessa forma, de acordo com Piana, (2009, p. 88):

A política Vargas tem duas posturas contraditórias em relação aos operários, a conciliação e a repressão, ou seja, o ditador buscava obter “apoio” das classes trabalhadoras, inicialmente, pela legislação da Previdência Social, depois pelo controle das estruturas sindicais, controle esse que assumiu diversas formas repressivas. A implementação dessas ações governamentais ocorre no momento em que a proposta de institucionalização do Serviço Social começa a existir. Na América Latina, bem como no Brasil, a Igreja ainda desenvolvia quase que exclusivamente sua intervenção no campo de ação social por meio das chamadas obras de caridade e assistência, que envolviam em suas ações a burguesia e especialmente o segmento feminino.

Nesta ênfase, segundo Nozabielli (2006) a primeira grande regulação da assistência social no país foi à instalação do Conselho Nacional de Serviço Social – CNSS - criado em 1938.

O Conselho é criado como um dos órgãos de cooperação do Ministério da Educação e Saúde, passando a funcionar em uma de suas dependências, sendo formado por figuras ilustres da sociedade cultural e filantrópica e substituindo o governante na decisão quanto a quais organizações auxiliar. Transita, pois, nessa decisão, o gesto benemérito do governante por uma racionalidade nova, que não chega a ser tipicamente estatal, visto que atribui ao Conselho certa autonomia. (MESTRINER 2001, p.57-58 apud NOZABIELLI, 2006).

Este momento histórico, segundo Nozabielli (2006) é marcado pelo início de uma parceria entre o Estado e segmentos da elite, que posteriormente passariam a pleitear junto ao mesmo a concessão de auxílios e subvenções para as organizações da sociedade civil, destinadas ao amparo social.

Conforme Nozabielli (2006), o CNSS foi a primeira forma de contato da assistência social na burocracia do Estado brasileiro, ainda que na função subsidiária de subvenção às organizações que prestavam amparo social.

Para Piana (2009) foi a partir dos anos 40, que começa a se abrir um novo horizonte no campo da assistência social, embora ainda estreitamente ligada a origem católica, cujas idéias e princípios focavam-se na caridade, benevolência e na filantropia, advindas da filosofia neotomista, neste período vê sua atividade legitimada pelo Estado e pelo conjunto da sociedade, por meio da implementação de grandes instituições assistenciais.

De acordo com a mesma autora (2009) o processo de institucionalização e de legitimação da assistência social passa a desvencilhar-se das origens da Igreja, contudo não consegue superar as amarras do conservadorismo, que cada vez mais ganha espaço, já que agora é o próprio Estado que passa a administrar esta política, sendo efetivada direta ou indiretamente pelas instituições por ele criadas ou a ele associadas. Dessa forma, a assistência deixa de ser um serviço prestado exclusivamente pelas instituições privadas, tendo novos parceiros como o Estado e o empresariado.

Conforme Nozabielli (2006), tendo a necessidade de institucionalizar a assistência social, surge a primeira grande instituição conhecida como Legião Brasileira de Assistência – LBA – tendo em sua essência a predominância feminina e o patriotismo, sendo uma de suas pioneiras, a senhora Darcy Vargas, esposa do presidente Getúlio Vargas, acompanhada pelas distintas senhoras da sociedade.

Assim, em Outubro de 1942 a L.B.A. foi transformada em uma sociedade civil sem fins lucrativos, tendo como finalidade, como um ato de boa vontade, a ajuda aos necessitados.

Dessa forma, de acordo Nozabielli (2006) tem-se o início da institucionalização da assistência social, não como um direito de cidadania, mas como ato de benevolência e de caridade.

Para a Autora (2006), tendo em seu estatuto assegurado a presidência às primeiras damas da República, a L.B.A, marca historicamente a a cultura do primeiro-damismo empregado junto à assistência social que estende-se até os dias atuais, cuja ação é pautada principalmente às famílias não asseguradas pela previdência e no atendimento á ações de caráter pontual, emergencial, fragmentada e eventual.

Com o surgimento de uma nova demanda, junto aos convocados para a guerra, a Legião Brasileira de Assistência se firma como uma instituição assistencial, cuja ação se pautará no apoio político ao governo.

Necessitando aprimorar seus conhecimentos frente à nova demanda que acabara de surgir, a L.B.A começa a se aproximar das escolas de serviço social especializadas, sendo essa aproximação possibilitada pelo interesse mútuo, já que a LBA precisava de serviço técnico de pesquisas e

trabalhos técnicos na área social e o serviço social que se firmava enquanto teoria, precisava legitimar-se enquanto profissão.

De acordo com Piana (2009) neste período o ideário dominante necessitava de uma crescente intervenção técnica, com padrões de organização e planejamento, exigindo que o Serviço Social desencadeasse uma busca por recursos técnicos capaz de superar ações espontâneas e filantrópicas. Essas exigências de tecnificação do Serviço Social foram atendidas, da mesma forma que a razão instrumental buscava-se uma maior qualificação dos procedimentos interventivos, utilizando-se, inclusive, fundamentos advindos da Psicologia, na expectativa de que assistentes sociais fossem capazes de executar programas sociais com soluções consideradas modernizantes para o modelo desenvolvimentista adotado no Brasil.

Conforme Piana (2009, p. 92) esse é um importante período para a consolidação do Serviço Social como profissão, pois é a partir dele que tem-se a multiplicação das instituições públicas e privadas de assistência social.

As escolas de formação profissional multiplicam-se, “ao final da II Guerra Mundial já se encontravam em funcionamento cerca de duzentas escolas distribuídas pela Europa, pelos Estados Unidos e pela América Latina, onde se instalaram a partir de 1925” (Martinelli, 2000, p.108). O Serviço Social com sua formação teórico-metodológica sustentava as ações “modernizadoras”, pois respondia de forma particular às necessidades e exigências determinadas pelo capital. Os assistentes sociais começam a assumir, no mercado de trabalho, funções de coordenação e de planejamento de programas sociais.

Assim, conforme Nozabielli (2006), em 1969, a Legião Brasileira de Assistência (L.B.A) é transformada em fundação, sendo vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, tendo sua estrutura ampliada e passando a contar com novos projetos e programas sociais.

O Golpe da Ditadura Militar marca uma nova trajetória das políticas sociais brasileiras. Assim, no dia 1º de maio de 1974, sob o comando de Geisel, é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS – dividida em sua estrutura pela Secretaria de Assistência Social.

Nozabielli (2006) cita ainda Mestriner (2001, p.168) ao afirmar que através desta política iniciou-se uma mobilização de diversos especialistas, profissionais e organizações da área, com destaque para o Centro Brasileiro de

Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais – CBCISS que realiza, entre os dias 18 a 22 de maio de 1974, o seminário em Petrópolis contando com 33 especialistas, visando subsidiar a iniciativa governamental.

Importante ressaltar, conforme Nozabielli (2006) que como resultado deste seminário destaca-se o documento sobre a valorização da assistência social pelo MPAS e a necessidade de inovação nesta área, no que tange ao tratamento diferenciado daquele caráter assistencialista e de simples complementação da previdência quem vinha sendo condicionado.

De acordo com Piana (2009) em plena vigência da Ditadura Militar, instaurada no País desde os anos de 1964, o Serviço Social começa a passar por um processo de ampla renovação que mudará significativamente sua base teórico-conceitual.

Assim, a autora (2009) cita Netto (2001) ao afirmar:

O Movimento de Reconceituação do Serviço Social, iniciado na década de 1960, representou uma tomada de consciência crítica e política dos assistentes sociais em toda a América Latina, não obstante, no Brasil as condições políticas em que ele ocorreu trouxe elementos muito diversos dos traçados em outros países. As restrições da Ditadura Militar, principalmente depois do Ato Institucional nº 5 (Barros, 1997, p.42), trouxeram elementos importantes nos rumos tomados pelo Serviço Social em seu processo de renovação. Esses profissionais, mediante o reconhecimento de intensas contradições ocorridas no exercício profissional, que se apoiava na corrente filosófica positivista, de Augusto Comte, questionavam seu papel na sociedade, buscando levar a profissão a romper com a alienação ideológica a que se submetera. Suas expectativas e desejos voltavam-se para a busca da identidade profissional do Serviço Social e sua legitimação no mundo capitalista. Para tanto, uma nova proposta teórico-ideológica deveria alicerçar o ensino da profissão, originando uma prática não assistencialista, mas transformadora, comprometida com as classes populares. Quando o modelo filosófico elaborado por Karl Marx, passou a embasar o referencial teórico-metodológico do Serviço Social, o chamado materialismo Histórico Dialético. É no marco desse movimento que o Serviço Social, abertamente, apropria-se da tradição marxista e o pensamento de raiz marxiana deixou de ser estranho no universo profissional (NETTO, 2001, p.148 apud PIANA, p. 95-96).

Para Nozabielli (2006), neste período, a pauperização das camadas populares começa a ficar cada vez mais evidente, exigindo maior atenção do Estado em todos os níveis de atuação. Surge-se então uma gama de

programas sociais como de Alfabetização pelo Mobral, casas populares – BNH, complementação alimentar – Pronam e outros.

Com isso, a assistência social começa a se efetivar cada vez mais como parte das relações sociais de produção, deixando para trás as ações meramente filantrópicas.

Nesta correlação de forças, o Estado intensifica suas ações combinando repressão e assistência, e fortalecendo o apoio às instituições sociais.

Com o fim da repressão, a preocupação com questão social passa a ter mais visibilidade, e os movimentos sociais, fortalecidos pelo poder de pressão, começam a cobrar por melhorias para os seguimentos da população, favorecendo assim o campo da política de assistência social que junto às demais políticas públicas vê sua demanda ampliada pela necessidade do enfrentamento da questão social e a pela diminuição das desigualdades sociais.

Através de um amplo processo de debates e articulações a Política de Assistência Social, finalmente começa a ganhar visibilidade ao ser inscrita no campo democrático dos direitos sociais.

Mas, foi com a Constituição Federal, aprovada em 5 de outubro de 1988, que a Assistência Social, enquanto política pública, passa a ter uma nova concepção, ao ser incluída na esfera da Seguridade Social.

Dessa forma, de acordo com o Art.194 da Constituição Federal, (CF, 2010, p.129): “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.”

A Constituição Federal, em seus artigos 203 e 204, disciplinam Política de Assistência Social e definem:

Art.203 A Assistência Social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I- a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II- o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III- a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV- a habilitação e a reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V- a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir

meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Art.204 As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social,previstos no art.195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

I–descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;

II–participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis [...]. (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 2010, p. 135).

De acordo com Quinonero (2013) a chamada Constituição Cidadã, promulgada em 1988, garante direitos fundamentais e sociais, como responsabilidade pública estatal e fixa a Assistência Social no campo da Seguridade Social.

Para Nozabielli (2006) a garantia de uma proteção social através da Constituição Federal promoveu grandes mudanças no âmbito da Assistência Social, transformando-a em uma política pública de garantia de direitos para além das práticas assistencialistas e clientelistas.

Conforme Nozabielli (2006) os avanços conquistados pela Constituição Federal de 1988 possibilitou a criação e institucionalização de novas leis orgânicas, embora a dificuldade para a aprovação destas esbarrasse-se no conservadorismo que teimava em não avançar, tornando-se um difícil processo de operacionalização.

Segundo a Autora (2006), a área da Saúde foi a que teve maior êxito, tendo como base a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 19 de setembro de 1991, foi a primeira do tripé a aprovar a sua lei orgânica.

Quanto á Previdência Social, embora com alguns problemas na elaboração de seus planos de custeio e planos de benefícios, em 27/09/1991, também houve a aprovação da sua lei.

Já a Assistência Social foi a mais prejudicada entre as políticas da seguridade social, sendo a última a ter a aprovação da sua lei orgânica (LOAS), que só foi possível através da articulação de universidades e órgãos da categoria profissional (CNAS e CEFAS) num amplo processo de discussões e debates, caracterizando-se como um período fértil de produção intelectual.

Para Quinonero *et al* (2014, p.50), nas palavras de Sposati (2005, p.508) a assistência social, como política de Estado no Brasil, apresenta “uma regulação social tardia e frágil na efetivação dos direitos sociais, principalmente pela vivência de processos ditatoriais agravados pela sua duração e travamento da maturação democrática da sociedade”.

A autora (2014) revela o entusiasmo de que, após 25 anos da promulgação da Carta Cidadã e duas décadas da Lei Orgânica de Assistência Social/LOAS, analisar e aprofundar o debate acerca das diretrizes e princípios da política de assistência social e atualizar o conteúdo quanto aos seus direcionamentos normativos ou aspectos jurídico - políticos contribui para o fortalecimento da perspectiva de sua consolidação como direito social, e leva à defesa desta enquanto política pública.

Nesta ênfase, entende-se que a assistência social, como política de Seguridade Social, está estruturada por um conjunto de normas e regras que visam a implementação e operacionalização, ou seja, ao provimento da proteção social a partir de dispositivos legais, sendo a diretiva geral estabelecida pela LOAS, em seu Capítulo II, Seções I e II.

Para Quinonero *et al* (2013), embora a Constituição Federal de 1988 tenha estabelecido a Assistência Social como política pública não contributiva, ainda há resistências de cunho conservador e neoliberal que contribui para a negação deste direito.

Conforme Nozabielli (2006) o I Simpósio Nacional de Assistência Social, promovido pela Câmara Federal, em 1989, foi um momento de grande importância para a área, pois propiciou a discussão pelos legisladores de uma proposta de lei com significativo avanço institucional.

Para a Autora (2006) o Projeto de Lei nº 3099/89 apresentado pelo deputado Raimundo Bezerra, posteriormente, em 17 de setembro de 1990, fora integralmente vetado pelo então presidente Fernando Collor de Mello, sob a afirmação de que a nação não dispunha de recursos para o pagamento dos benefícios previstos, demonstrando que seus princípios eram contrários a uma Assistência Social responsável.

Um ano mais tarde, em 11 de abril de 1991, a matéria volta a ser debatida no legislativo, por iniciativa dos deputados Geraldo Alckmin Filho e Reditário Cassol. Uma comissão eleita no I Seminário Nacional de Assistência

Social em junho de 1991, tinha a missão de discuti-la e reformulá-la, obtendo como resultado o documento chamado Ponto de Vista que Defendemos, que serviu de subsídio para a elaboração do novo projeto de lei, de nº3154/91.

Mas, o novo projeto de lei teve novamente seu trâmite adiado no Congresso, sob a justificativa de questões de ordem econômica, política e social, assomada a manifestação do procurador da República, Aristides Junqueira, de que o projeto deveria ter origem no Executivo, já que o primeiro fora vetado.

De acordo com Nozabielli (2006), alguns encontros regionais promovidos pelo Ministério do Bem-Estar Social objetivaram a discussão da Lei Orgânica da Assistência Social, desencadeando na Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em Brasília, em junho de 1993.

O texto apresentado pelo novo projeto de lei do Executivo contrariava a idéia defendida pelas entidades e especialistas da área, e em meio á pressões a plenária posicionou-se, reelaborando os artigos, tornando tal documento conhecido como Conferência Zero da Assistência Social. Encaminhado ao Congresso Nacional pela deputada Fátima Pelaes, com o nº 4100/93, em 7 de dezembro de 1993, a Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS, foi sancionada pelo presidente Itamar Franco.

De acordo com Nozabielli (2006), a LOAS imprime uma nova concepção á política de Assistência Social, como garantia de direito ao cidadão e de dever do Estado, por meio de um sistema de gestão descentralizado e participativo, através da criação do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS.

Com a LOAS, o Conselho Nacional de Serviço Social, criado em 1938, é extinto, sendo implantado o Conselho Nacional de Assistência Social, como um órgão de composição paritária, deliberativo e de controle da política de assistência social.

Para Nozabielli (2006), este processo é importante para se compreender que a Assistência Social, antes mesmo da Constituição Federal de 1988 e da LOAS, já existia como uma prática social, mas que, através destes marcos legais, conseguiu se concretizar como uma política social de garantia de direitos, de universalização dos acessos e de responsabilidade estatal.

Assim, de acordo com Nozabielli (2006) a promulgação da LOAS não significa o fim da história da Política de Assistência Social, ao contrário, esta

Lei trouxe inovações na realidade institucional, através de mudanças estruturais e conceituais, no que concerne as novas estratégias e práticas, além de novas relações interinstitucionais e intergovernamentais, assegurando-se como direito não contributivo e garantia de cidadania.

Quinonero (2013) afirma que a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) veio regulamentar o artigo do texto constitucional, instituindo definitivamente a Assistência Social como um direito social não contributivo, estabelecendo seus princípios e diretrizes, bem como a proteção social a ser garantida por meio de serviços, benefícios, programas e projetos, sendo detalhada posteriormente em três instrumentos principais: a Política Nacional de Assistência Social de 1998, e duas Normas Operacionais Básicas editadas em 1997 e 1998.

Conforme Nozabielli (2006), em busca da concretização dos pressupostos contidos na Constituição Federal de 1988 e na LOAS, em 1997 foi aprovada a primeira Norma Operacional Básica que defendia um sistema descentralizado e participativo da política de Assistência Social, sendo definido o primeiro texto da Política Nacional de Assistência Social, em dezembro de 1998. No mesmo ano, foi editada uma Norma Operacional Básica de conformidade com o disposto na Política Nacional de Assistência Social.

Para a Autora (2006),

Esses instrumentos normativos estabelecem as condições de gestão, de financiamento, de controle social, de competências dos níveis de governo com a gestão da política, de comissões de pactuação e negociação e de avaliação. Criam, por exemplo, conselhos deliberativos e controladores da Política de Assistência Social, Fundos Especiais para alocação de recursos financeiros específicos da Assistência Social e órgãos gestores da Política de Assistência Social, em todos os níveis de governo, além de Comissões Intergestoras Bipartites e Tripartites. (NOZABIELLI, 2006).

Mas foi somente no ano de 2004, após um longo processo de discussão nacional, que foi aprovada a nova Política Nacional de Assistência Social, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Assim, tornou-se necessário, em 2005, a edição de uma nova Norma Operacional Básica, cujo texto definisse as bases para a implantação do Sistema Único de Assistência Social.

De acordo com Quinonero *et al* (2014) com a aprovação da Política Nacional de Assistência Social – PNAS de 2004 e Norma Operacional Básica – NOB/2005, instituiu-se o Sistema Único da Assistência Social — SUAS e a política alcança avanços expressivos que marcam a sua implementação. A NOB/2005 definiu e normatizou conteúdos do pacto federativo, restabelecendo de forma unitária, hierarquizada e complementar as competências dos entes federados na gestão do financiamento e execução da Assistência Social.

Quanto às diretrizes desta política, segundo Quinonero *et al* (2013) ao analisarmos o processo de evolução histórica a partir dos marcos normativos garantidos pela Constituição Federal e mais tarde sua atualização, pela Lei 8.742/93 – LOAS constata-se que foram mantidas duas destas diretrizes. Entretanto, fortalecidos pelo ato jurídico-político, agregam-se também na LOAS a diretriz de primazia da responsabilidade do Estado e o comando único das ações em cada esfera de governo e, posteriormente, a PNAS/2004 abarca a centralidade na família para concepção de serviços, projetos, programas e benefícios, o que pode ser observado no quadro a seguir:

QUADRO 1 – DIRETRIZES DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Constituição Federal de 1988 – artigo 204	LOAS/1993 – artigo 5º	PNAS/2004
I – Descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a	I - Descentralização político-administrativa para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e comando único das ações em cada esfera de governo;	I - Descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de

entidades beneficentes e de assistência social;		assistência social, garantindo o comando único das ações em cada esfera de governo, respeitando-se as diferenças e as características sócio territoriais locais;
II – Participação da população por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.	II - Participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;	II – Participação da população por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;
	III - Primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo.	III – Primazia da responsabilidade do Estado na condução da Política de Assistência Social em cada esfera de governo;
		IV – Centralidade na família para concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos.

FONTE: QUINONERO et al, (2013, p. 53 - 54).

Tais diretrizes centralizadas na política de assistência tem como objetivo a construção de uma nova ordem democrática, rompendo com a visão de ação subsidiária, eventual e emergencial e trazendo o caráter continuado das ações.

Dessa forma, de acordo com Nozabielli (2006), as principais normativas que regulamentam a Política de Assistência Social em vigor são, portanto, a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS/1993, a Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004 e a Norma Operacional Básica/ SUAS/2005.

Quanto às legislações mais recentes, a Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009 (Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais) e a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, vieram definir e organizar os serviços de assistência social em níveis de complexidade, sendo Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, de Média e Alta Complexidade e garantir a certificação nacional de assistência social às entidades conforme a especificação e comprovação destes serviços.

Seguindo a evolução normativa desta política, destaca-se a relevância da Lei nº. 12.435 de 6 de julho de 2011, que altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (LOAS) e dispõe sobre a organização da Assistência Social.

A importância desta lei consiste na afirmação da assistência social como uma política pública de acesso universal e gratuito, a todos que dela necessitarem, através da efetivação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Dessa forma, de acordo com o art. 6º da Lei 12.435/2011:

Art. 6º - A gestão das ações na área de assistência social fica organizada sob a forma de sistema descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social (Suas), com os seguintes objetivos:

I - consolidar a gestão compartilhada, o cofinanciamento e a cooperação técnica entre os entes federativos que, de modo articulado, operam a proteção social não contributiva;

II - integrar a rede pública e privada de serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social, na forma do art. 6º-C;

III - estabelecer as responsabilidades dos entes federativos na organização, regulação, manutenção e expansão das ações de assistência social;

IV - definir os níveis de gestão, respeitadas as diversidades regionais e municipais;

V - implementar a gestão do trabalho e a educação permanente na assistência social;

VI - estabelecer a gestão integrada de serviços e benefícios; e

VII - afiançar a vigilância socioassistencial e a garantia de direitos.

§ 1º As ações ofertadas no âmbito do Suas têm por objetivo a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice e, como base de organização, o território.

§ 2º O Suas é integrado pelos entes federativos, pelos respectivos conselhos de assistência social e pelas entidades e organizações de assistência social abrangidas por esta Lei.

§ 3º A instância coordenadora da Política Nacional de Assistência Social é o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.” (NR) (BRASIL, Lei 12.435 de 6 de julho de 2011).

E ainda, publicada recentemente, a Resolução do CNAS nº 33, de 12 de dezembro de 2012 revoga a Resolução CNAS nº 130, de 15 de julho de 2005 e aprova a nova NOB/SUAS 2012.

Esta resolução representa um marco fundamental na estruturação do Suas, imprimindo um salto qualitativo na sua gestão e na oferta de serviços socioassistenciais em todo o território nacional.

Conforme Quinonero et al (2013) a aprovação da NOB/2012 complementou ainda mais o conteúdo da política de Assistência Social brasileira, com a garantia de instrumentos de aprimoramento da gestão do SUAS e de qualificação da oferta de serviços, sob a ótica do planejamento e monitoramento, avançando na função de vigilância socioassistencial, no aperfeiçoamento da definição das responsabilidades dos entes federados e no controle e participação social.

Ainda neste contexto, merece destaque as 10 Conferências Nacionais de Assistência Social, realizadas ao longo dos 20 anos, que tiveram uma importante atuação na trajetória da assistência social brasileira, ao elaborar, deliberar, avaliar e propor novas bases para o avanço desta política.

Dessa forma, conforme Nozabielli (2006) verifica-se um ligeiro avanço na regulação da Política de Assistência Social sob as bases do Estado, além da atuação na definição de seus parâmetros, padrões e prioridades. Restando aos profissionais de assistência social o grande desafio de operacionalizar os benefícios, serviços, programas e projetos, de acordo com estes parâmetros, padrões e critérios definidos pelo Sistema Único de Assistência Social.

Ainda, para aprofundarmos nossa discussão e alcançar os objetivos propostos no presente estudo, torna-se necessário conhecer e analisar a trajetória histórica da política de saúde pública no Brasil. Sabe-se, conforme citado em parágrafos anteriores, que o sistema de saúde pública, embora de

maneira mais próspera do que a assistência social, passou por um grande processo de amadurecimento de idéias e de discussões, até se consagrar no grande Sistema Único de Saúde pública existente nos dias atuais. Assim, no próximo capítulo abordaremos como tem se dado historicamente esta política, quanto aos avanços e desafios que a mesma tem enfrentado e quais os marcos legislativos importantes para seu o aprofundamento.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: Breve histórico e principais marcos legais

De acordo com Figueiredo Neto *et al* (2010), com a proclamação da República, em 1889, o Brasil passou a ser dominado pelas oligarquias elitizadas comandadas por coronéis, bacharéis, intelectuais políticos e outros.

Com ausência de politização do povo brasileiro e a presença das oligarquias regionais exercendo forte controle da população, havia a necessidade de fortalecer a presença do Estado em todo o território nacional, que só foi possível com a criação da radiocomunicação e dos correios e telégrafos. Esses novos sistemas de comunicação integrados no país fortaleceram o comando do governo federal sobre os municípios, gerando forte resistência das oligarquias regionais.

Conforme Figueiredo Neto *et al* (2010) através da Constituição de 1891, os estados passaram a responsabilizar-se pelas ações de saúde e saneamento, assim como pela educação.

Assim, de acordo com Bravo (2006), a assistência médica do século VIII era pautada na filantropia e na prática liberal. Já no século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, começou a surgir timidamente algumas iniciativas no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Assim, no final do século, a questão saúde ganha visibilidade através das reivindicações do nascente movimento operário.

Mas é no início do século XX, que começam a surgir algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir da década de 30.

Figueiredo Neto *et al* (2010) cita Conil (2002), ao afirmar que, entre o final do século XIX e início do século XX, com as mudanças no modo de produção, combinado entre autoritarismo e o nascente cientificismo europeu, às políticas de saúde começaram a surgir. Neste período, fortes epidemias como febre amarela e varíola começam a ameaçar a saúde dos portos e a agroexportação e um pioneiro em estudo das moléstias tropicais e da medicina experimental no Brasil, Oswaldo Cruz, oriundo do Instituto Pasteur, por meio de campanhas com vacinações e inspeções sanitárias, irá enfrentar essas moléstias.

De acordo com Figueiredo Neto *et al* (2010) nessa época, a busca por conhecimentos e ações na área de saúde pública passou a ser cada vez mais freqüentes, sendo assim, em 1897 é criada a Diretoria Geral de Saúde Pública, e posteriormente, em 1900, o Instituto Soroterápico Federal, renomeado um ano depois como Instituto Oswaldo Cruz (IOC).

Nesta ênfase, conforme o autor *et al* (2010):

A reforma na saúde foi projetada a partir de 1903, sob a coordenação de Oswaldo Cruz, que assume a Diretoria Geral de Saúde Pública. Extensivamente, em prol do saneamento e da reorganização urbana para eliminar os focos de desordem, a atuação no campo da psiquiatria é abarcada pela ação de Juliano Moreira. Em 1904, Oswaldo Cruz propõe um código sanitário que institui a desinfecção, inclusive domiciliar, o arrasamento de edificações consideradas nocivas à saúde pública, a notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária. Ele também implementa sua primeira grande estratégia no combate às doenças: a campanha de vacinação obrigatória. Seus métodos tornaram-se alvo de discussão e muita crítica, culminando com um movimento popular no Rio de Janeiro, conhecido como a Revolta da Vacina (COSTA, 1985; COC, 1995 apud. FIGUEIREDO NETO, 2010).

Para Bravo (2006), é através da industrialização que a assistência à saúde dos trabalhadores, foi sendo assumida pelo Estado, nos países centrais, estimulando a criação e o desenvolvimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra.

Com o objetivo da manutenção da ordem capitalista, o Estado passa a mediar às relações entre as classes sociais, ao mesmo tempo em que alguns direitos sociais começam a serem conquistados pelas classes trabalhadoras. Dessa forma, o século XX, ficou marcado pela intensificação da interferência estatal através da elaboração de políticas para o setor e o surgimento de diversas propostas.

Conforme Bravo (2006) no Brasil, a intervenção estatal somente veio ocorrer de forma efetiva, em meados do Século XX, mais precisamente a partir da década de 1930.

Para Bravo (2006) nas palavras de Braga e Paula (1985), o surgimento da Saúde no Brasil, no início do século XX, está atrelado ao reconhecimento da questão social, intensificada pela divisão social do trabalho e

a ascensão do trabalho assalariado, em pleno bojo da economia capitalista exportadora de café.

Dessa forma, de acordo com Bravo (2006, p. 03):

A saúde pública, na década de 1920, adquire novo relevo no discurso do poder. Há tentativas de extensão dos seus serviços por todo país. A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922.

Para Figueiredo Neto *et al* (2010), o movimento sanitarista criado na Primeira República teve importante participação na história da saúde brasileira, ao estimular, em 1920, a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), após um intenso processo de negociação política, envolvendo sanitaristas, governo federal, estados e poder legislativo.

Bravo (2006) assinala que neste período, as discussões em torno das questões de higiene e saúde do trabalhador passaram a ter maior enfoque tornando-se necessário o surgimento das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves, que mais tarde seriam substituídas pelo amplo sistema previdenciário que existe até os dias atuais.

Nesta ênfase, conforme Figueiredo Neto *et al* (2010), a primeira legislação brasileira sobre a previdência social surgiu em janeiro de 1923, através do Deputado Eloy Chaves que apresentou um Projeto de Lei baseado na Legislação Argentina, o qual propunha a instituição da Caixa de Aposentadoria e Pensões para os trabalhadores ferroviários. Aprovado pelo Congresso e sancionado pelo Presidente da República, o Projeto de Lei foi transformado no Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, conhecido posteriormente como Lei Eloy Chaves.

Para o autor (2010) com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) apenas “uma parcela mínima dos trabalhadores do país passava a contar com uma aposentadoria, pensão e assistência à saúde. Assim, o direito à saúde neste período estava restrito à condição de segurado.” (FIGUEIREDO NETO *et al*, 2010).

De acordo com Bravo (2006), o financiamento destas CAPs ficava por conta da União, das empresas empregadoras e dos empregados. Sendo organizadas por empresas, e de custo elevado, apenas os grandes

estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente destas instituições era nomeado pelo Presidente da República, podendo os patrões e empregados participarem paritariamente da administração. Quanto aos benefícios eram proporcionais às contribuições, sendo os seguintes: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Os primeiros trabalhadores que lutaram por estes direitos, sendo beneficiados pelas CAPs foram os ferroviários em 1923, os estivadores e os marítimos em 1926, já os demais trabalhadores, somente após 1930 que começaram a ser amparados.

Os anos de 1930 foram marcados pelas grandes transformações econômicas, políticas e sociais que ocorreram na sociedade brasileira, destacando - se neste processo a industrialização, a redefinição do papel do Estado e o surgimento das políticas sociais.

De acordo com Bravo (2006) neste cenário de mudanças é que irá ocorrer o surgimento das primeiras políticas sociais, em resposta às questões sociais e as reivindicações da classe trabalhadora. Dessa forma,

[...] As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar - se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação. (BRAVO, 2006, p. 04).

Nesta ênfase, conforme Figueiredo Neto *et al* (2010), sob o Governo Provisório do Presidente Getúlio Vargas, em 1930, foi criado o Ministério da Educação e da Saúde Pública (Mesp). .

Conforme Figueiredo Neto *et al* (2010) o Governo Provisório é compreendido entre 1930 a 1934, marcado por um período de grande instabilidade política e constantes conflitos entre as forças revolucionárias.

Assim, com a criação do Ministério do Trabalho, alguns direitos nunca conquistados começaram a ser garantidos, tornando Getúlio Vargas, conhecido como o pai dos trabalhadores. Este processo serviu para reafirmar o

poder do Estado sobre a classe trabalhadora, com vistas à diminuição dos conflitos políticos e garantia do apoio dos mesmos junto aos projetos do governo, além dos interesses econômicos.

É nessa época, de acordo com Figueiredo Neto *et al* (2010) que são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), ampliando o papel da CAPs, dando início ao sistema de proteção social brasileiro.

Assim, conforme Figueiredo Neto *et al* (2010), aos IAPs cabiam a organização e operacionalização dos benefícios oferecidos aos seus contribuintes, garantindo um melhor padrão de assistência médica e hospitalar. Já ao MESP, cabia cuidar da saúde pública da população que não se encontrava amparada pela medicina previdenciária, como era o caso dos pobres, desempregados e aqueles que exerciam atividades informais.

Para Bravo (2006, p. 05), nas palavras de Oliveira e Teixeira (1986, p. 61-65), o modelo de previdência adotado entre os anos 30 a 45 no Brasil foi de “orientação contencionista”, diferentemente daquele modelo instituído no período de 1923 a 1930, no qual era mais abrangente. Esta característica deve-se necessidade de diminuição dos gastos, produzido pelo efeito do acelerado crescimento da classe trabalhadora.

Dessa forma, a previdência começou a realizar acumulação de reservas financeiras e preocupar-se cada vez menos com ampliação da prestação de serviços.

Favorecida pela legislação do período, iniciada na década de 30, teve êxito na diferenciação entre as políticas de “previdência” e “assistência social”, que até então não havia. Definindo-se assim, limites orçamentários máximos para as despesas com “assistência médico-hospitalar e farmacêutica”.

Sobre este aspecto, Figueiredo Neto *et al* (2010) cita, segundo Lima (2005), um texto publicado em 1948 pelos sanitaristas Ernani Braga e Marcolino Candau, os quais sintetizam explicitamente este fato:

No Brasil, especialmente nos últimos anos, observou-se, sob o controle do governo, o desenvolvimento de um extenso programa de assistência médico-social compulsório para as classes assalariadas, programa esse que, apesar de vir atender a uma razoável parte de nossa população, não pode ainda cogitar da grande massa constituída pelos habitantes da zona rural, os quais por não trabalharem em regime regular de emprego, não sendo, portanto obrigados a contribuir para as organizações de seguro médico-social, vêm-se, em sua maioria, totalmente desprovidos

de qualquer tipo de assistência médico-sanitária, a não ser aqui e ali e assim mesmo muito mal, aquela que é prestada pelos serviços oficiais de saúde e pelas instituições de caridade. (CANDAUI & BRAGA, 1948; LIMA, 2005 apud FIGUEIREDO NETO, 2010).

Desse modo, é importante notar ainda, a presença da caridade e do assistencialismo mantidas pelos hospitais e profissionais de saúde, mesmo com as ações de saúde pública e o controle e da prevenção de doenças transmissíveis executadas pelo Estado.

De acordo com Bravo (2006) a política de saúde formulada neste período era caracterizada pela centralidade, sendo de caráter nacional, era dividida em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária.

O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966. As principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940, foram segundo Braga e Paula, 1986:53-55: Ênfase nas campanhas sanitárias; Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana); Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública. (BRAVO, 2006, p. 04).

Para Bravo (2006) a medicina previdenciária, que teve seu surgimento na década de 30, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), começou a ser ampliada para um número maior de trabalhadores assalariados.

Assim, o período de 1945 -1950 marca o início da consolidação da Política Nacional de Saúde, enquanto política pública, que desde 1930 vinha se firmando.

De acordo com Figueiredo Neto *et al* (2010) o período de outubro de 1945 é marcado pela queda de Vargas e o início de um novo governo comandado por Eurico Gaspar Dutra e uma conquista inédita em termos de

legislação e de direitos estaria para surgir em 1946, com promulgação de uma nova constituição democrática. Assim, a saúde pública ganhou uma nova estrutura, mais democrática e com mais centralização nos programas e serviços e na implementação de campanhas e ações sanitárias.

Dessa forma, conforme Figueiredo Neto *et al* (2010) as decisões em torno da saúde pública e da assistência médica começaram a ser tomadas “em um ambiente mais democrático, caracterizado por disputas político-partidárias, eleições livres, funcionamento dos poderes republicanos, liberdade de imprensa e organização e demandas por direitos e incorporação.”

Para Figueiredo Neto *et al* (2010) nessa época, a malária era principal doença tropical mais combatida entre a população, sendo conhecida por muitos como ‘a doença econômica’. Essa associação entre saúde e desenvolvimento começou a ser realizada com mais frequência, marcando um espaço de debates em torno dos custos econômicos das doenças e suas consequências no desenvolvimento dos países, principalmente no que se refere à expansão agrícola e à produtividade do trabalho.

De acordo com Figueiredo Neto *et al* (2010) algumas instituições importantes, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) começaram a se interessar pelos programas de controle e erradicação das “doenças tropicais”.

Além disso, Figueiredo Neto *et al* (2010), ao citar Esping – Andersen (1995) e Faria (1997) nos afirma que nos países desenvolvidos da Europa, vinha aflorando, no pós guerra, o Welfare State, conhecido no Brasil como Estado de Bem – Estar Social. Esse tipo de organização política e econômica do Estado tinha como objetivo aquecer a economia dos países afetados pela guerra, além de manter a democracia e a justiça social através da garantia do pleno emprego, da provisão pública de serviços sociais e universais tais como: saúde, educação, saneamento, habitação, lazer, transporte e assistência social.

Conforme Figueiredo Neto *et al* (2010), ainda nesse período, no Brasil não se falava em uma política de bem-estar social, mas uma ideologia desenvolvimentista já pregava a necessidade de política de saúde pública

universal para melhorar o nível de saúde da população e alcançar o desenvolvimento.

Assim, para Figueiredo Neto *et al* (2010):

O 'sanitarismo desenvolvimentista', analisado por vários autores (LABRA, 1985; ESCOREL, 2000; BRAGA & PAULA, 1981) que tinha em Samuel Pessoa, Mário Magalhães e Gentile de Melo seus principais representantes, reagia ao campanhismo, à centralização, à fragilidade dos governos locais e ao baixo conhecimento do estado sanitário do país pela falta de informações e dados vitais – legados do Estado Novo –, e propugnava a compreensão das relações entre pobreza e doença e sua importância para a transformação social e política do país. Ainda que heterogêneo internamente, esse 'novo sanitário' integrava a corrente nacional-desenvolvimentista e se expressaria com mais vigor no processo de radicalização política que marcou o início da década de 1960 (LIMA, 2005 apud. FIGUEIREDO NETO *et al*, 2010).

Durante a 2ª Guerra Mundial, através de um convênio com o governo norte-americano, e com o patrocínio da Fundação Rockefeller, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

Em 1948, inaugura-se o Plano Salte, com o objetivo de realizar um trabalho intersectorial, envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia. Embora a Saúde fosse à principal finalidade deste plano, o mesmo não foi implementado.

Conforme Bravo (2006), no período de 1945 a 1964, embora com alguns avanços no campo da saúde, o quadro de doenças infecciosas e parasitárias não conseguiu ser eliminado e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral ainda assombrava a população.

Com destaque no setor privado, de fins lucrativos, e ampla estrutura de atendimento médico-hospitalar, a saúde brasileira, pressionada pelo corpo médico que se formara, desde os anos 50, tendia pela privatização de seus serviços, através do incentivo a formação de empresas médicas.

Dessa forma, de acordo com Bravo (2006, p. 05-06):

A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. As

formas de compra dos serviços médicos a terceiros aparecem como minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos.

Para Figueiredo Neto *et al* (2010) no período compreendido entre 1945 a 1964, o cenário brasileiro ainda era marcado pela predominância da atividade rural. Dessa forma, a principal preocupação das instituições de saúde pública era o combate às endemias rurais e às doenças transmissíveis.

Para tanto, em 25 de julho de 1953, através da Lei nº 1.920, foi criado o Ministério da Saúde, desmembrando-se do Ministério da Educação, dividia-se em Departamento de Administração, Divisões de Pessoal, Material, Obras e Orçamento.

Já em 6 de março de 1956, pela Lei 2.743 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) tendo como principal objetivo o combate às endemias do país, entre elas a malária, leishmaniose, doença de chagas, peste, febre amarela, esquistossomose, ancilostomose, hidatidose, bócio endêmico e tracoma.

Com a criação do Ministério da Saúde (MS), conforme Figueiredo Neto *et al* (2010), os serviços nacionais que antes atuavam na definição e implementação de medidas isoladas para cada doença, começaram a ser reformado. Agora, com a integração no DNERu, o foco central eram as doenças da coletividade, com destaque para as endemias rurais, que impediam o pleno desenvolvimento do país.

Com a Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, sancionada pelo Presidente Juscelino Kubitschek, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) foi instituída, reconhecendo as instituições da previdência como serviço público descentralizado da União, com personalidade jurídica de natureza autárquica.

A ditadura militar marca um período expressivo na sociedade brasileira, com o advento de uma nova era de desenvolvimento econômico-social e político. Conforme Bravo (2006, p. 06), “os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática.”

O período 1964 -1974 é conhecido pela intensificação da intervenção do Estado na sociedade, combinando repressão e assistência, a política assistencial começa a ser moldada pela máquina estatal, com a finalidade

de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, minimizar as tensões entre as classes sociais e legitimar o seu regime, além de fortalecer o modelo de acumulação do capital.

De acordo com Figueiredo Neto *et al* (2010), o golpe militar de 1964 trouxe mudanças para o sistema sanitário brasileiro, principalmente no que se refere a assistência médica, á privatização dos setores de saúde e o progressivo aumento de contribuintes do sistema previdenciário.

Assim, conforme Bravo (2006) em 1966, através da junção dos IAPs, a Previdência Social é unificada. Dessa forma, os trabalhadores são definitivamente excluídos da participação na gestão da política previdenciárias, que agora é centralizada nas mãos do Estado, restando-lhes apenas o papel de financiadores.

De acordo com Figueiredo Neto *et al* (2010), com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), houve uma padronização dos serviços e benefícios prestados, causando insatisfação naqueles contribuintes de institutos com mais benefícios.

Para Figueiredo Neto *et al* (2010), nas palavras de Teixeira e Oliveira (1985), a resistência do regime militar, frente às duras críticas ao seu projeto político, social, tinha como estratégia ampliar, por um lado, de forma controlada, o espaço de manifestação política; ao mesmo tempo em que restringia a concessão de benefícios, através de uma política social repressiva e paternalista.

Assim, segundo Bravo (2006) na ditadura, as políticas de Saúde e Previdência Social foram utilizadas como um “remédio para acalmar os ânimos” da sociedade brasileira. Assim, o setor da saúde viu-se obrigado a assumir as características da ordem capitalista, sendo incorporada pelas inovações tecnológicas trazidas do exterior. Em 1966, enquanto a saúde pública, sucumbida pelo poder do Estado, aclamava por melhorias na sua forma de gestão, a medicina previdenciária, através da sua reestruturação, chegava ao seu ápice.

Insatisfeitos por não conseguirem, ao longo de dez anos, consolidar a sua hegemonia, o bloco de poder instalado no aparelho estatal em 1964, necessitava com máxima urgência modificar a sua relação com a

sociedade civil, de modo a legitimar a dominação burguesa e suas relações de ordem política, econômicas e sociais.

Já na década de 70, após um cenário de crise política e econômica iminente do governo militar, são adotadas novas estratégias de governo, com a definição do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) e a política de abertura do governo.

Dessa forma, os anos de 1974 a 1979, marcam um período de intensificação das políticas sociais no enfrentamento da questão social, com objetivo único de fazer cessar as reivindicações e pressões populares.

De acordo Figueiredo Neto *et al* (2010) o II PND foi um plano quinquenal voltado ao desenvolvimento econômico e social do país. Entre as prioridades deste plano destacam-se a educação, saúde e infra-estrutura de serviços urbanos. No que se refere a área da saúde pública e a assistência médica da previdência, o plano” denunciava a carência de capacidade gerencial e estrutura técnica, o que reduzia a eficácia dos recursos públicos e elas destinadas e elevava o risco das decisões de aumentá-las substancialmente”.

Entre as ações do governo para sanar tais dificuldades destacam-se: a criação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), o investimento de recursos em serviços e projetos nestes setores.

Para Figueiredo Neto *et al* (2010), nas palavras de Baptista (2005), ainda na década de 70, em meio às pressões por melhorias nas condições de saúde, algumas mudanças, de maneira muito tímidas e principiante, começaram a surgir. Dentre as políticas implementadas nesta época, destacam-se:

[...] criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974, que distribuiu recursos para o financiamento de programas sociais; a formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), em 1974, que organizou as ações a serem implementadas pelos diversos ministérios da área social; a instituição do Plano de Pronta Ação (PPA), em 1974, que constitui em uma medida para viabilização da expansão da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência para o projeto de universalização da saúde; - a formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, primeiro modelo político de saúde de âmbito nacional que desenvolveu imediatamente um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo;- a promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1976, que estendeu serviços de atenção básica à saúde no nordeste do país e se configurou como a primeira medida de universalização do acesso à saúde; a constituição do

Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (Sinpas), em 1977, com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que passou a ser o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social. (BAPTISTA, 2005 apud. FIGUEIREDO NETO, 2010)

A criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES, em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) em 1979, cujo objetivo era formar gestores sanitários para o Sistema Nacional de Saúde, também destacam a importância das lutas do movimento sanitário.

Assim, conforme Figueiredo Neto *et al* (2010), no Brasil, o debate sobre a ampliação do direito à saúde, era cada vez mais frequente. E as lutas dos reformistas pela universalização do direito à saúde, a unificação dos serviços prestados pelo Inamps e a integralidade das ações, continuavam, seguindo o ideal do direito à saúde como “garantia de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação em todos os níveis, assegurado pelo Estado”.

De acordo com Bravo (2006) foram muitas as dificuldades e os desafios enfrentados pela política nacional de saúde, para a sua concretização. Entre eles destacam-se a necessidade de ampliação dos serviços, a escassez de recursos financeiros, a burocratização da gestão e dos serviços, além do jogo de interesses e poder, do setor estatal e médico empresarial.

Já nos anos 80, com a derrota do regime militar, instaurado em 1964, o país começa a passar por intensas transformações e uma dualidade põe em xeque os avanços conquistados. O significativo processo de democratização não consegue salvar o país de uma profunda e prolongada crise econômica, instaurada no período pós ditadura militar, que persiste até os dias atuais.

Assim, conforme Figueiredo Neto *et al* (2010) o governo Figueiredo foi marcado pela abertura política e a influência do II PND de forma mais eficaz para a área da saúde, com as experiências municipais de reorganização de serviços de saúde.

Nesta perspectiva, no início da década de 80, em meio a um cenário de redemocratização, frente a crise política, econômica e institucional do

país, inaugura-se a 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Entre os propósitos desta conferência encontram-se:

[...] reformular a política de saúde e formular o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que visava uma extensão nacional do Pias, ou seja, buscava dotar o país de uma rede de serviços básicos que oferecesse, em quantidade e qualidade, os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, tendo como meta a cobertura de saúde para toda a população até o ano 2000 (Conferência Nacional de Saúde, 1980). Tinha como seus pressupostos básicos a hierarquização das formas de atendimento por níveis de complexidade, a integração dos serviços existentes em cada um dos níveis de complexidade, seja na rede pública ou privada, e a regionalização do atendimento por áreas de populações definidas. Entretanto, não passava de uma proposta de investimento no nível primário de atenção, que não tocava na rede hospitalar privada. (FIGUEIREDO NETO, 2010).

Para Figueiredo Neto *et al* (2010), de acordo com Cordeiro (1991, embora com todos os esforços para a sua formulação, o Prev-Saúde não pode ser implantado pelo governo, dadas às questões de ordem técnico-burocráticas e as resistências pelas forças conservadoras das entidades do segmento médico empresarial, do campo da medicina liberal e do setor privado contratado.

A década de 1980 é marcada ainda, segundo Figueiredo Neto *et al* (2010), por resistências dos movimentos de contestação ao sistema de saúde. Com a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciário (Conasp), em 1981, como órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social, o objetivo era encontrar respostas sobre a crise no setor, além de buscar diminuir e racionalizar gastos com a assistência médica.

Conforme Figueiredo Neto *et al* (2010), uma avaliação realizada pelo Conasp determinava alguns problemas na área da saúde, os quais deveriam ser sanados, como a inadequação de serviços à realidade; inclusão insuficiente de diversas prestadoras; recursos financeiros insuficientes; desvalorização dos serviços próprios; e, superprodução dos serviços contratados.

Para Figueiredo Neto *et al* (2010), “essa avaliação indicava uma rede de saúde, ineficiente, desintegrada e complexa, indutora de fraude e desvios de recursos.”

Segundo Figueiredo Neto *et al* (2010), a avaliação do Conasp estimulou a elaboração de propostas operacionais básicas para a reestruturação do setor, destacando-se entre elas, o Programa das Ações Integradas de Saúde

(Pais), a Programação e Orçamentação Integrada (POI), o Programa de Racionalização Ambulatorial (PRA) e o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS).

Conforme o autor *et al* (2010), com o fim do regime militar, em 1985, e a eleição indireta da chapa de oposição, apoiada pela dissolução do próprio partido no poder. Eleito, o presidente Tancredo Neves, falece antes mesmo de tomar posse, assumindo o governo, o então vice-presidente José Sarney, era o início da chamada “Nova República”.

Segundo Figueiredo Neto *et al* (2010), a marca central do Governo Sarney são os Panos Cruzado I e II, onde pretendiam acabar com a hiperinflação, através da estabilidade e do crescimento econômico.

Na Nova República, de acordo com Figueiredo Neto *et al* (2010), a reformulação do sistema de saúde visava uma rede unificada. O apoio ao movimento sanitarista visava às negociações no setor da saúde e previdência. Nesse sentido, em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, presidida por Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz, e contou com a participação de mais de quatro mil pessoas em um amplo espaço de debates que objetivava as modificações no setor da saúde, para além de uma reforma administrativa e financeira.

Para Bravo (2006) a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi, sem dúvidas, um marco significativo na história da saúde pública brasileira. Na pauta principal, a discussão versou sobre “I - A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II - Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III - Financiamento setorial”. Entre as entidades participantes da Plenária destacam-se: sindicatos, associações profissionais e culturais, partidos políticos progressistas, movimentos populares, associações de usuários, entre outros.

Dessa forma, a 8ª Conferência Nacional de Saúde [...]

[...] Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. (BRAVO, 2006, p. 09).

Nesta ênfase, segundo Bravo (2006), a década de 80 foi determinante para a saúde pública brasileira, pois a participação da população na discussão das melhorias das condições de vida e de saúde e as propostas governamentais apresentadas para o setor situou-se em torno de um amplo debate que contribuiu para a formulação de novos projetos e programas sociais para esta política.

Assim, a Saúde passou a ter mais visibilidade, ao revelar-se democraticamente como uma política pública de interesse não apenas dos técnicos, mas também da sociedade.

De acordo com Figueiredo Neto *et al* (2010), nas palavras de Faria (1997), o debate constituinte transformou-se em palco de disputa entre forças democráticas do movimento sanitário e resistência dos prestadores de serviço privado do setor de saúde e da medicina autônoma, além de conflitos de interesses entre os reformistas da previdência social, que discordavam dos princípios do SUS. Entretanto, as disputas de interesse não foram suficientes para impedir que o SUS fosse aprovado, mas, conseguiram barrar algumas políticas importantes para o processo de reforma, tais como o financiamento, a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e unificação do sistema.

Nesta ênfase, segundo Bravo (2006) dentre os principais atores dessa época, que lutaram pela democratização da saúde pública no Brasil, destacam-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, o movimento sanitário, tendo como veículo de difusão e ampliação do debate o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES); os partidos políticos de oposição, que colocaram em pauta o tema e iniciaram as discussões no Congresso, além dos movimentos sociais urbanos e das entidades da sociedade civil que articularam para que essa política fosse priorizada.

Quanto aos princípios e metas defendidas por esses sujeitos, destacam-se: a universalização do acesso; a garantia da saúde pública como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor e a criação de um Sistema Unificado de Saúde; a descentralização político-administrativa entre as esferas federal, estaduais e municipais; o repasse e cofinanciamento efetivo dos serviços, a autonomia de cada esfera de governo, a democratização dos serviços

e a criação de novos mecanismos de gestão, bem como a instituição dos Conselhos de Saúde.

De acordo com Figueiredo Neto *et al* (2010), o documento materializado, nesta Conferência deu origem à aprovação, por unanimidade, da diretriz da universalização da saúde e do controle social efetivo de acordo com as práticas de saúde estabelecidas, permanecendo as propostas de fortalecimento do setor público, garantindo um direito à saúde integral.

Dessa forma, no relatório da 8ª Conferência Nacional, a saúde é entendida como:

Saúde como Direito - em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar desigualdades nos níveis de vida. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (FIGUEIREDO NETO *et al*, 2010)

Assim, segundo Figueiredo Neto *et al* (2010) este relatório serviu de base para as discussões da Assembléia Nacional Constituinte em 1987/1988, sendo reconhecido como um documento de expressão social.

Outro ponto discutido na 8ª CNS, conforme Figueiredo Neto *et al* (2010), foi em relação à estrutura unificada entre o Inamps e o Ministério da Saúde, na qual tornava-se necessário a divisão entre ambas, ficando a cargo da Previdência Social as ações próprias do seguro social, enquanto que a saúde deveria possuir sede própria com novas características de organização. “Sendo assim, foi aprovada a criação de um sistema único de saúde com a separação total da saúde em relação à previdência.”

De acordo com Figueiredo Neto *et al* (2010), para que as propostas da 8ª CNS se concretizassem havia a necessidade da discussão sobre o financiamento e a operacionalização do novo sistema de saúde. Assim, em julho de 1987, através de uma proposta do Inamps/MPAS, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), apresentando-se como base para a construção do Sistema Único de Saúde existente até os dias atuais.

Nesta ênfase,

O Suds avançou na política de descentralização da saúde e, principalmente na descentralização do orçamento, permitindo uma maior autonomia dos estados na programação das atividades do setor; deu prosseguimento às estratégias de hierarquização e universalização da rede de saúde e retirou do Inamps a soma de poder que ele centralizava. Destarte, os superintendentes do Inamps, que tinham um poder político enorme, anteriormente, passaram a não possuir mais poder algum, ficando em segundo plano, e quem passou a ter o poder foram os secretários estaduais de saúde, tornando-se gestores principais. (VENÂNCIO, 2005 apud. FIGUEIREDO NETO *et al*, 2010).

Para Figueiredo Neto *et al* (2010), ao mesmo tempo em que se corria o processo de implementação do SUS, havia uma intensa discussão na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88, como base no relatório da 8ª CNS, cujo interesse era a reforma sanitária, e finalmente a aprovação do SUS.

Mas, foi com a promulgação da Constituição de 1988 que os direitos sociais brasileiros, no plano jurídico-político, tiveram condições objetivas de serem efetivados.

Para Bravo (2006, p. 08) os avanços conquistados com a Constituição Federal objetivaram “corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.”

A partir desse período, conforme Bravo (2006) diversos debates começaram a ser travados pela Assembléia Constituinte, com relação à saúde, formando-se dois principais grupos: de um lado, os grupos conservadores empresariais, liderados pela Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e por outro, os defensores da Reforma Sanitária, representados pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, reunida por diversas entidades.

Assim de acordo com Bravo (2006), uma proposta de emenda popular apresentada à Plenária Constituinte, por Sérgio Arouca, representante da Plenária de Saúde, continham mais de cinqüenta (50) mil assinaturas de eleitores, representados por 167 entidades. Em meio a fortes pressões populares, o texto constitucional aprovado, atende em parte às reivindicações do movimento sanitário, contrariando os interesses empresariais do setor hospitalar e da indústria farmacêutica.

Assim, conforme Figueiredo Neto *et al* (2010), no dia 5 de outubro de 1988 foi promulgada a Oitava Constituição do Brasil, denominada 'Constituição Cidadã', entendida como um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública.

Para Bravo (2006, p. 10 -11), nas palavras de Teixeira (1989, p. 50-51), os principais aspectos aprovados na nova Constituição, são:

O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Em 1989, a discussão pautava-se em torno da lei complementar que daria bases operacionais para o SUS. Ainda nesse ano, realizava-se a primeira eleição direta para presidente da República, sendo eleito, em janeiro de 1990, Fernando Collor de Mello assume á Presidência.

Neste período, segundo Figueiredo Neto *et al* (2010), o projeto de formulação da Lei Orgânica da Saúde tramitava no Congresso, entretanto a LOS 8.080, promulgada pelo governo Collor, sofreria uma grande quantidade de vetos. É nessa conjuntura permeada por disputas e conflitos de interesses que iniciaria a construção do SUS.

Assim, conforme Bravo (2006. p. 08), “as decepções com a transição democrática ocorreram, principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população.”

De acordo com Bravo (2006) embora o texto constitucional se materializasse em uma grande conquista para a saúde, algumas questões faltavam ainda serem definidas, o percentual de financiamento do novo sistema, por exemplo, não havia sido estabelecido. Também faltou clareza quanto à produção e comercialização dos medicamentos, sendo que o texto apenas

direcionava a competência do sistema de saúde para fiscalizar a sua produção. Outra questão refere-se à saúde do trabalhador, sendo que algumas lacunas não permitiam a efetividade da legislação.

Em uma análise da política de saúde na década de 1980, Bravo (2006, p. 11) cita Teixeira (1989: 50-53) ao destacar alguns aspectos centrais deste período: “a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais”.

Para Bravo (2000) os anos 90, serão marcados pelo redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal.

De acordo com o CFESS (2009) na década de 90, o Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da Seguridade Social, passou a ser regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) tendo como proposição o início do Projeto de Reforma Sanitária.

Assim, conforme o CFESS (2009), os anos subsequentes à década de 90 seguem sem muitas perspectivas, com arranjos e rearranjos propostos por uma maioria “minimalista¹” com a priorização do mercado e das relações econômicas e restrição das políticas sociais.

Nesta década, conforme Bravo (2006), embora com alguns avanços já conquistados na legislação, o Governo aliado ao bloco do capital caminhará em direção oposta àquela contida na Constituição. Como exemplo, a reforma da Previdência, cujo objetivo era desmontar a proposta de Seguridade Social que já havia sido firmada.

Para o CFESS (2009), consolida-se assim uma direção política das classes dominantes no processo de enfrentamento da crise brasileira, cujas principais estratégias do grande capital serão estabelecer acirradas críticas às conquistas sociais da Constituição Federal de 1988, principalmente em relação à concepção de Seguridade Social.

Conforme o CFESS (2009), neste período ressalta-se a mercantilização da Saúde e da Previdência e a ampliação do assistencialismo.

¹ O projeto Democracia Restrita restringe os direitos sociais e políticos com a concepção de Estado mínimo, ou seja, máximo para o capital e mínimo para as questões sociais. O enxugamento do Estado é a grande meta como também a substituição das lutas coletivas por lutas corporativas.

Tem-se a defesa do SUS para os pobres e a refilantropização da assistência social, com forte expansão da ação do setor privado na área das políticas sociais.

Outra grande estratégia, conforme Bravo (2006) é a Reforma do Estado ou Contra-Reforma, que priorizará em suas funções o atendimento ao setor produtivo.

Assim, o Estado deixará de ser “o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas.” (BRAGA, 2006, p. 13).

Com a afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, as questões de ordem social e trabalhistas deixam de ser priorizadas, havendo um sucateamento dos serviços de educação e saúde pública.

Para Bravo (2006) há uma desconstrução da proposta de Política de Saúde construída na década de 1980, amparada pela Constituição Federal. Agora, a Saúde vinculada ao mercado, responsabiliza a sociedade civil, num discurso de parceria, a assumir os custos da crise. A capacitação de agentes comunitários e de cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o intuito de reduzir custos é uma das manifestações desta refilantropização.

Quanto ao Sistema Único de Saúde (SUS), segundo Bravo (2006, p. 14) “[...] verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral.”

Assim, conforme Bravo (2006, p. 14) a proposta de avanço contida na criação do Sistema Único de Saúde e o seu reconhecimento enquanto política pública de garantia de direitos foi prejudicada pelos seguintes fatores:

[...] o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contra-reforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico.

Neste cenário, entram em choque dois projetos distintos: o projeto de reforma sanitária, instituído na década de 1980, amparado pela

Constituição Federal de 1988, e o projeto de saúde privatista, articulada ao mercado, implantado na segunda metade da década de 90.

Dessa forma, Bravo (2006, p. 15) cita Costa (1996) ao afirmar:

O projeto saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.

De acordo com Bravo (2006), a maior resistência do projeto de saúde voltada ao mercado, cujas concepções individualistas e fragmentadoras da realidade eram aderir ao princípio da universalidade do acesso, contido no SUS e no projeto de Reforma Sanitária.

De acordo com o CFESS (2009), o início deste século marcava a expectativa de construção de um novo país, com redução das desigualdades sociais por meio de uma política econômica com redistribuição de renda e geração de empregos. Esperava-se que as políticas sociais adquirissem caráter universalista. Na saúde, a pretensão era de retorno do Projeto da Reforma Sanitária. Entretanto, esta expectativa não se concretizou e a política de saúde continuou prioritariamente focalizada.

Conforme Bravo (2006), com a posse do governo Lula, em 2003, as expectativas em relação à saúde eram de fortalecimento do projeto de reforma sanitária, questionado nos anos 90 e substituído pelo projeto privatista de saúde, articulado ao mercado. Contudo, embora o discurso ético – político governamental sustentava a defesa da reforma sanitária, em suas ações subsistia a manutenção de dois projetos. Em alguns momentos procurou fortalecer o primeiro projeto, mas quando suas ações direcionavam-se a focalização e o desfinanciamento, mantinha-se o segundo.

De acordo com Bravo (2006) para a manutenção do jogo político-governamental, em alguns momentos serão explicitados aspectos de inovação e em outros de continuidade do atual governo, cuja relação vai de encontro a dois projetos distintos.

Assim, para Bravo (2006, p.16):

Como aspectos de inovação da política de saúde do atual governo cabe ressaltar: o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas quatro secretarias e extintas três; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Em relação á estrutura do Ministério da Saúde, um aspecto inovador refere-se à criação da Secretaria de Atenção à Saúde cujo objetivo era unificar as ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar e integrar as atribuições das secretarias de Política de Saúde e de Assistência à Saúde que havia sido extinta.

Além disso, outra inovação foi a criação da Secretaria de Gestão Participativa cuja função era fortalecer o controle social, organizar as conferências de saúde e estabelecer a comunicação do ministério da saúde com outros níveis de governo e com a sociedade.

De acordo com Bravo (2006) a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi um evento importante para definir questões referentes á formulação do plano plurianual de saúde e discutir a implantação das principais diretrizes ao sistema de saúde. Em pauta foi ressaltada os graves problemas enfrentados pelo SUS e a necessidade de enfrentá-los, destacando-se a questão dos recursos humanos e qualidade dos serviços prestados. Como resultado das discussões foi elaborado um documento preliminar que deveria ser discutido nas conferências municipais e estaduais, contendo dez (10) eixos temáticos, a saber: Direito à Saúde; A Seguridade Social e a Saúde; A Intersetorialidade das Ações de Saúde; As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; A Organização da Atenção à Saúde; O Trabalho na Saúde; Gestão Participativa; Ciência e Tecnologia e a Saúde; O Financiamento do SUS; Informações, Informática e Comunicação.

Bravo (2006, p.18) expõe ainda alguns aspectos de continuidade da política de saúde dos anos 90, no governo Lula, podendo ser evidenciado na “focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no

desfinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social [...]”

Conforme a autora (2006) um exemplos de focalização, é a manutenção inalterável do programa saúde da família, como uma extensão de cobertura á população carente, sem a devida vinculação as estratégias de reorganização da atenção básica.

Para Bravo (2006) a desvalorização da concepção da Seguridade Social, quando esta é reduzida apenas as ações de previdência, não havendo o necessário reconhecimento da articulação das políticas de saúde e assistência social.

Quanto ao desfinanciamento da saúde, nota-se, conforme Bravo (2006) que esta está diretamente ligada à manutenção da focalização, da precarização e da terceirização dos recursos humanos.

Assim, segundo Bravo (2006, p. 19):

O financiamento do SUS tem vivido nesses anos alguns problemas tais como: proposta de desvinculação do CPMF da receita do setor saúde; utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o superávit primário das contas públicas; decisão do Presidente da República, orientado pelos Ministros do Planejamento e da Fazenda de ampliar o conteúdo das “ações de serviços de saúde” incluindo gastos com saneamento e segurança alimentar o que ocasionou a redução de 5 bilhões dos recursos destinados ao SUS.

De acordo com Bravo (2006), embora tenha havido significativos avanços, o Sistema Único de Saúde brasileiro ainda não consegue se materializar naquele constitucionalmente elaborado, pois, ainda há uma grande diferença entre a proposta do movimento sanitário e a prática social adotada. Atualmente, o SUS tem-se consolidado como alternativa, ás pessoas que não têm acesso aos subsistemas privados e não como um sistema público universal, conforme proposto anteriormente pela Constituição Federal de 1988.

Nesta perspectiva, conforme Figueiredo Neto *et al* (2010), para que haja a real efetivação do direito à saúde é necessário o direcionamento das políticas sociais e econômicas ao desenvolvimento econômico sustentável e a distribuição de renda; “cabendo, especificamente ao SUS, garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades de forma eqüitativa.”

Assim, segundo Bravo (2006) o tão esperado fortalecimento do SUS constitucional pelo governo Lula, acabou sendo adiado e o atendimento fragmentado aos segmentos mais pobres da população tornou-se cada vez mais fortalecido.

Dessa forma, de acordo com o CFESS (2009) o Projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos 1970, está perdendo a disputa para o Projeto voltado para o mercado ou privatista, hegemônico a partir da década de 1990.

Para Bravo (2006), a concepção de Seguridade Social pautada nos valores éticos, contidos na Constituição de 1988, está sendo substituída pelos valores individualistas e segmentados que compõe o plano de consolidação do SUS.

Neste aspecto, conforme a autora (2006):

Medidas como o Programa de Farmácia Popular permitindo o co-pagamento de medicamentos fere o princípio da equidade e abre a possibilidade de se utilizar outras práticas de compartilhamento de custos no SUS. (BRAVO, 2006, p. 21).

Conforme Figueiredo Neto *et al* (2010), algumas mudanças tem ocorrido na legislação brasileira, em consequência do processo de consolidação do SUS, buscando a ampliação e melhoria do sistema e o seu aperfeiçoamento as transformações socioeconômicas do país.

Assim, de acordo com Figueiredo Neto *et al* (2010), o direito à saúde, garantido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, é reafirmado pela Constituição Federal de 1988, ao definir a Saúde como direito de todos e dever do Estado, normatizada nos princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde – SUS.

Dessa forma, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, Caput, define:

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 universitário e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Assim, para Figueiredo Neto *et al* (2010), em 19 de setembro de 1990, foi aprovada a Lei Federal nº 8.080, a chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS), elaborada pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), que

dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da Saúde. No entanto, a legitimidade do processo constituinte e do movimento pela reforma sanitária constitui-se na melhor garantia da operacionalização dos ideais dos SUS, ou seja, de seus princípios e diretrizes.

A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 veio normatizar o controle social, incentivando a participação social na gestão do SUS e nos espaços estratégicos de aparelhamento do Estado.

Assim, conforme Figueiredo Neto *et al* (2010), desvendar a história da saúde pública no Brasil faz parte do compromisso do Conselho Nacional de Saúde com o reconhecimento e implementação do controle social em Saúde, para que o SUS fosse implementado de maneira efetiva, permitindo aos conselheiros de saúde, o acesso à legislação federal que regulamenta o setor saúde. Dessa forma, o Conselho Nacional de Saúde disponibilizou um arsenal legislativo contendo Leis, Normas e dispositivos constitucionais que definem os princípios e diretrizes do sistema de saúde brasileira.

Dessa forma, de acordo com Figueiredo Neto *et al* (2010), o controle social na saúde pública no Brasil é entendido como uma conquista firmada através de diversas lutas pela democratização do setor, concretizando - se em um processo que garante a participação da sociedade civil na história do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para Figueiredo Neto *et al* (2010), o Sistema Único de Saúde (SUS), garantido pela Constituição Federal de 1988, é entendido como:

[...] resultado de um processo de articulação do Movimento pela Reforma Sanitária e de diversas pessoas comprometidas com o reconhecimento dos direitos sociais de cada cidadão brasileiro, ao determinar um caráter universal às ações e aos serviços de saúde no País.

Figueiredo Neto *et al* (2010) ainda aponta que o modelo de saúde situado na Constituição é fruto de um intenso e participativo debate da Reforma Sanitária Brasileira iniciado na década de 70, culminando na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e do acentuado momento de lutas para a implantação do SUS, na década de 90, embora há muito ainda que avançar.

Assim, para Figueiredo Neto *et al* (2010):

Saúde é qualidade de vida e, portanto, deve estar vinculada aos direitos humanos, ao direito ao trabalho, à moradia, educação, alimentação e lazer. O direito à saúde, especialmente quando

examinado sob a ótica da qualidade de vida, exige também que a superação das desigualdades envolva o acesso democrático a alimentos, medicamentos e serviços que sejam seguros e que tenham sua qualidade controlada pelo Poder Público. Qualidade de vida implica o reconhecimento do ser humano como ser integral. O conceito de cidadania que a Constituição assegura deve ser traduzido nas condições de vida da população. Ressalta-se que a promoção a atenção à saúde são fundamentais e fazem parte do elenco de políticas sociais necessárias para a construção de uma sociedade justa e democrática, sendo esta a missão central do SUS.

Para Bravo (2006, p. 21 - 22), no cenário atual, o desafio colocado na área da saúde, é a luta pelo fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária. Para tanto, torna-se necessário lutar pela efetivação das propostas aprovadas no 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde ocorrido em Brasília, em junho de 2005, destacando-se as principais:

Definição de uma Política Nacional de Desenvolvimento que garanta uma redistribuição de renda de cunho social; Defesa da Seguridade Social como política de proteção social universal; Defesa intransigente dos princípios e diretrizes do SUS: universalidade, equidade, integralidade, participação social e descentralização; Retomada dos princípios que regem o Orçamento da Seguridade Social, mas, imediatamente, regulamentar a Emenda Constitucional 29; Cumprimento da deliberação do Conselho Nacional de Saúde “contrária a terceirização da gerência e gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como, da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) ou outros mecanismos com objetivos idênticos; Avançar no desenvolvimento de uma política de recursos humanos em saúde, com eliminação de vínculos precários.

Enfim, em meio a controvérsias, Figueiredo Neto *et al* (2010) afirma que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido apontado atualmente como a maior política de inclusão social do País, implantada sob o novo regime democrático.

Dessa forma,

A instituição do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988, representa um marco histórico das políticas de saúde em nosso país, pois na nova constituição, a atenção à saúde passa a ser assegurada legalmente como direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de provê-la a todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros que vivem no Brasil. E desde a sua instituição, quatro pontos sobre a gestão têm sido apontados como fundamentais: a descentralização, o financiamento, o

controle social e a gestão do trabalho. (FIGUEIREDO NETO *et al*, 2010).

E, para que esta política seja efetivada de fato, é preciso que haja o real atendimento às necessidades sociais. Assim, no próximo capítulo será abordado o trabalho profissional do Assistente Social frente essa nova demanda respeitados os direitos garantidos pela Constituição Federal através do compromisso com a população.

3. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

3.1 - A Política de Saúde pública e o trabalho do Assistente Social

Pautada na Resolução nº 218, de 06 de março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde, e na Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999, a categoria de assistentes sociais é reconhecida como profissionais de saúde e vem ocupando espaços até então não identificados pela profissão.

É válido ressaltar, de acordo com o CFESS (2009) que o Serviço Social tem sua trajetória marcada pelas lutas e impasses das classes subalternas. E é neste cenário de avanços e desafios que a profissão dos assistentes sociais vem a se desenvolver, na busca de soluções para os problemas enfrentados pela sociedade e na luta contra a questão social posta em cena mais intensificadamente com projeto neoliberal.

Dessa forma, para Vasconcelos (2006, p. 04), a prática profissional dos assistentes sociais vem passando por um grave momento, cuja trajetória está marcada pelo início do Movimento de Reconceituação do Serviço Social, em meados da década de 1960, com a divisão entre “prática profissional realizada pelos assistentes sociais e as possibilidades de prática contidas na realidade objeto da ação profissional.”

Para Costa (2006) a inserção dos assistentes sociais nos espaços de saúde, revela-se através do reconhecimento social da profissão e por um conjunto de complexidades que vem se agravando, dadas as condições históricas de desenvolvimento da saúde pública no Brasil.

De acordo com o CFESS (2009) a nova configuração da política de saúde vai impactar no trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados para amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida.

Costa (2006), ao tratar sobre o trabalho do assistente social na saúde, cita Nogueira (1991:2) ao afirmar que, na esfera dos serviços, a divisão

social do trabalho tem sua especificidade, caracterizada pelos processos de cooperação, sendo organizada em cooperação vertical, onde vários tipos de ocupações ou trabalhadores organizam-se por uma hierarquia; e a cooperação horizontal, entre várias subunidades de saúde. Ambos os níveis tem sua estrutura de organização político-administrativa dos serviços, com usuários, o Estado, a indústria farmacêutica e com os equipamentos biomédicos.

Para Costa (2006) a ampliação horizontal das subunidades de serviços de saúde e da divisão sócio técnica do trabalho tem contribuído para o crescente mercado de trabalho dos assistentes sociais nesta área.

Dessa forma, de acordo com o CFESS (2009) alguns desafios são postos ao assistente social, que vê sua intervenção pautada pela nova configuração de saúde. O primeiro é a constatação de que ainda existe na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se considerarem como assistentes sociais, recuperando uma auto-apresentação de sanitaristas. O segundo é a tendência de resgatar no exercício profissional um privilégio da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e tem sido autodenominada pelos seus executores como Serviço Social Clínico. E por fim, percebe-se gradativamente o discurso da necessidade da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates dedicados a importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica, de forma fragmentada.

Assim, conforme Vasconcelos (2006), o trabalho do assistente social frente aos serviços de saúde possui uma postura diferente das demais, colocando-se passivos, dependentes, submissos e subalternos ao movimento das unidades de saúde, não se impondo às rotinas institucionais, às solicitações das direções de unidade, dos demais profissionais e dos serviços de saúde, aceitando ainda, como únicas, as demandas advindas dos usuários.

Dessa forma, de acordo com Vasconcelos (2006) as diversas transformações ocorridas no âmbito dos serviços de saúde e na qualidade de vida e saúde da população usuária – com conseqüente mudanças nas demandas direcionadas ao Serviço Social – a estrutura de organização do profissional de Serviço Social frente aos serviços de saúde têm se mantida de forma estática.

Nesta ênfase, Costa (2006, p. 05) ao citar Laurell (1989:19), nos afirma que,

[...] refletir sobre o processo de trabalho em saúde implica, no mínimo, em apreender as dimensões tecnológica, organizacional e política daquela prática social. Isto requer pensar a saúde como uma política social pública que se materializa como um serviço cujo conteúdo, finalidade e processos de trabalho, merecem conceituações de natureza teórica e histórica.

Para o CFESS (2009), na política de saúde, a grande bandeira continua sendo a implementação do projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos setenta. Este projeto tem relação direta com o projeto profissional dos assistentes sociais. Identificar os impasses para a efetivação desses projetos deve ser uma preocupação central.

Dessa forma, de acordo com Costa (2006) com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos anos 90, algumas mudanças na organização do trabalho passaram a ser exigidas, como hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização do sistema.

Entretanto, conforme Costa (2006) a atual organização da saúde, embora atenda, em partes, algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, ainda não superam algumas contradições existentes, onde, a exclusão, a precariedade dos serviços, a escassez dos recursos, a burocratização, a falta de qualidade e quantidade e a ênfase na assistência médica curativa individual não permitem a efetividade e evolução do sistema.

Para Vasconcelos (2006), o controle burocrático dos serviços institucionais nem sempre são suficientes, assim, algumas demandas como educação em saúde, prevenção, etc., acabam sendo negligenciadas.

Assim, conforme o CFESS (2009) cabe ao Serviço Social, numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS), formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária.

De acordo com Vasconcelos (2006) a falta de um olhar atento e de uma boa observação sobre as demandas que se encontram implícitas entre o

aparente e a realidade acabam fazendo com que o assistente social não as reconheça como demandas para sua própria profissão.

Dessa forma, “Sem condições de se abstrair do que está aparente, os assistentes sociais não têm condições de captar o que está oculto na “queixa” e/ou “problema”, expresso e/ou manifestado pelos usuários.” (VASCONCELOS, 2006, p. 10).

Assim, segundo Vasconcelos, (2006), outra demanda que não é reconhecida pelos assistentes sociais é a orientação sobre a participação e o controle social nos Conselhos. Dessa forma, dentre as questões que justificam a não participação de usuários e profissionais de saúde nos conselhos, destacam-se o desconhecimento, a falta de orientação e de sensibilização dos mesmos.

Desse modo,

[...] a ocupação destes espaços pelos assistentes sociais, como profissional de saúde, e a democratização da informação a respeito da existência de um espaço legal a ser ocupado pelos usuários e pelos profissionais de saúde - o que requer uma preparação especial e de qualidade, tendo em vista seus interesses e necessidade -, não tem sido considerado como demanda para o Serviço Social. (VASCONCELOS, 2006, p. 12).

Assim, de acordo com o CFESS (2009), considera-se que o código de ética da profissão apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento e na assessoria.

Conforme Vasconcelos (2006, p. 03), como parte significativa do projeto ético-político dos assistentes sociais destaca-se o “comprometimento com a garantia dos direitos civis, sociais e políticos dos segmentos populares,” atentando para a análise da qualidade dos serviços prestados, especialmente, no que concerne o direito à saúde, com vista a contribuir para a construção de uma nova ordem social.

Desse modo, o reconhecimento, a valorização e o respeito pela profissão de Serviço Social estão atrelados à prática profissional do assistente social.

Vasconcelos (2006), objetivando viabilizar a operacionalização e dar visibilidade à organização da prática profissional dos assistentes sociais nas diferentes unidades de saúde, realizou uma pesquisa entre os assistentes sociais

da área, cujo resultado demonstra uma desconexão a entre as práticas realizadas pelos profissionais, daquelas contidas no projeto ético-político profissional.

Assim, para Vasconcelos (2006, p. 05):

Independente do tipo de unidade de saúde, independente das diferenças entre os usuários e das demandas dirigidas ao Serviço Social, os assistentes sociais vêm seguindo uma lógica de organização do seu trabalho e estratégias de ação. O Serviço Social, como um todo, se organiza em plantão ou plantão e programas, enquanto os assistentes sociais, individualmente, podem se organizar desenvolvendo ações no plantão, no plantão e em programas ou somente em programas e projetos.

Quanto à forma de organização do Serviço Social, estruturada com base no Plantão, de acordo com Vasconcelos (2006) tem relevância ao se caracterizar como uma atividade receptora de demandas sociais.

Dessa forma, de acordo com Vasconcelos (2006, p. 05 - 06),

[...] funciona na maioria das vezes em locais precários quanto ao tamanho, localização e instalação. Assim, um ou mais assistentes sociais, num mesmo espaço físico, aguardam serem procurados – de forma passiva - por usuários que buscam espontaneamente ou são encaminhados ao plantão do Serviço Social; encaminhamentos realizados por profissionais/funcionários/serviços da unidade/serviços externos (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, guardas de segurança, atendentes, Recepção, Marcação de Consultas, assistentes sociais de outras unidades, etc.) ou pelos assistentes sociais que realizam outras atividades – geralmente relacionadas aos Programas - no interior da própria unidade de saúde.

Assim, para Vasconcelos (2006) o Plantão é uma atividade realizada não só nos hospitais e maternidades, mas também no atendimento às unidades de atenção básica de saúde. Nas enfermarias, o trabalho dos assistentes sociais com os internos e suas famílias são realizados, muitas vezes, nos espaços do plantão ou junto ao leito do próprio usuário, sendo desenvolvidas as mesmas atividades do Plantão: atendimento, escuta qualificada, orientação, encaminhamento para outros serviços, etc.

Desse modo, conforme Vasconcelos (2006, p. 06):

As demandas do Plantão são atendidas individualmente através de "orientações diversas", "encaminhamentos", "esclarecimentos", "informações", "providências", "apoio", "aconselhamento", atividades apontadas pela quase totalidade dos assistentes sociais. Quando, após esclarecimento dos motivos da procura do plantão, o usuário é orientado a procurar recursos externos, procura-se assegurar que volte e "dê retorno sobre o(s) encaminhamento(s) realizado(s) e/ou para novos

encaminhamentos caso seja necessário”. Quando é encaminhado para recursos internos da unidade, objetiva-se inserir o usuário na rotina institucional - consultas, exames, Programas – freqüentemente burlando a rotina e/ou ter sua circulação, no interior da unidade, acompanhada pelo assistente social. A maioria dos usuários que procura o Serviço Social, mas principalmente o plantão, é de mulheres demandando atendimento para si e/ou para algum familiar/conhecido.

Quanto á forma de acesso dos usuários ao plantão do Serviço Social, de acordo com Vasconcelos (2006), a maioria são, procura espontânea, encaminhamentos internos e encaminhamentos externos.

Para Vasconcelos (2006, p.10):

[...] a prática dos assistentes sociais no plantão reduz-se a uma prática burocrática, não assistencial (visto que prioriza respostas a demandas por informação e orientação pontuais e não por recursos materiais, capacitação, organização...). Uma prática profissional burocrática que segue mecanicamente normas impostas pelo regulamento da administração, autoridade ou seu representante, e que ao priorizar um atendimento de escuta/acolhimento/ encaminhamento e/ou preenchimento moroso e mecânico de formulários, questionários, cadastros - que viabilizam acesso a benefícios ou inscrição em programas da instituição - referenda a complicação e morosidade da coisa pública burocratizada, que objetiva dificultar ou inviabilizar o acesso dos usuários a serviços e recursos enquanto direito social. Uma prática que, se atende a alguns dos interesses e necessidades imediatas dos usuários relacionadas à busca por apoio, respeito, consideração, auto-estima, como um fim em si mesmo, contribui para impedir e/ou dificultar a capacitação para uma participação consciente de usuários e profissionais envolvidos nesse processo; para impedir e/ou dificultar o controle social; para impedir e/ou dificultar a organização para a luta política; para impedir e/ou dificultar a democratização de informações e saber...

Assim, conforme o CFESS (2009, p. 15), pensar hoje uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
 Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
 Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;

Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;

Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados.

Enfim, segundo o CFESS (2009), não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusividade apenas de uma categoria profissional. Por outro lado, não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um leque de pequenas, mas não menos importantes, atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social. Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que faça frente ao projeto neoliberal, já que este macula direitos e conquistas defendidos pelas suas entidades representativas nos seus fóruns e inscritos nas legislações normativas da profissão.

3.2 – O trabalho do profissional de Serviço Social frente á política de Assistência Social

De acordo com o CFESS (2007) a intervenção profissional na política de Assistência Social não pode ter como referência apenas aquelas atividades mero burocráticas e rotineiras contidas nos documentos intra-institucionais, pois, o risco de incorrer-se em erro é grande, ao reduzir a política em uma “gestão da pobreza” e individualizar as situações sociais num olhar moralizante da questão social.

Para Santos (2012) nas palavras de Netto (1987) são amplas, difusas, diferenciadas e imediatas as demandas postas no dia-a-dia do profissional, portanto, é preciso muita cautela e atenção, para que o mesmo não acabe por encaminhá-las de forma superficial. Assim, é necessário que os

profissionais recorram a outros meios, como, a ética, a ciência e a reflexão sistemática em torno do trabalho profissional.

Conforme o CFESS (2007), as necessidades sociais dos usuários não devem ser entendidas como problemas, pelo profissional de Serviço Social, responsabilizando-os pela sua própria condição de existência, pois, as situações sociais vividas pelos sujeitos foram historicamente estruturadas na desigualdade de classe, dada por um sistema socioeconômico perverso e excludente, ao qual se manifesta atualmente pela ausência e precariedade de um conjunto de direitos como emprego, saúde, educação, moradia, transporte, distribuição de renda, entre outros.

Assim, segundo Santos (2012) a dinâmica do trabalho profissional e essa imediatividade de atendimento colocada no dia-a-dia exigem dos assistentes sociais, respostas imediatas, que nem sempre é condizente com as demandas de cada usuário, que às vezes se tornam mais complexas, exigindo uma melhor reflexão sobre o atendimento.

Dessa forma, “os atendimentos ocorridos de imediato “resolvem” apenas o aparentemente imediato, deixando-se de conhecer as particularidades que desencadearam naquela demanda tão complexa.” (SANTOS, 2012, p. 73).

Nesta ênfase, de acordo com o CFESS (2007), para a estruturação do trabalho dos (as) profissionais que atuam na política de assistência social torna-se imprescindível, conforme a PNAS 2004, definir de forma clara e objetiva, quais são as ações e serviços sócio assistenciais que devem ser executados na Proteção Social Básica e na Proteção social Especial.

Desse modo, conforme Santos (2012) é nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), em consonância com a PNAS, que os assistentes sociais ao atuar no processo de implementação e execução das políticas públicas, tem a oportunidade de utilizar-se dos espaços e possibilidades existentes para esclarecer, informar, orientar os sujeitos, no que diz respeito, principalmente aos seus direitos, exercendo assim a sua relativa autonomia a qual lhe é atribuída como específica no âmbito deste espaço sócio ocupacional.

Assim, para o CFESS (2007), de acordo com a PNAS (2004) e a NOB (2005), realizada prioritariamente nos Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), a Proteção Social Básica refere-se a ações de caráter preventivo, destinadas á população em situação de vulnerabilidade social. Reforça a

convivência, socialização, acolhimento e inserção, sendo de caráter mais genérico, tais ações são voltadas às famílias e indivíduos, visando desenvolver suas potencialidades, aquisições, além do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

Conforme o CFESS (2007) quanto a Proteção Social Especial refere-se a serviços mais especializados, destinados a indivíduos em situações de risco pessoal ou social. Diferentemente da Proteção Social Básica, este serviço é mais complexo, por se tratar de um atendimento dirigido às situações de violação de direitos.

De acordo com o CFESS (2007), há quase setenta anos de existência no Brasil e no mundo, a profissão de Serviço Social, vem ampliando seus espaços de atuação em torno da chamada questão social, cujos efeitos são marcados pela não efetivação dos direitos sociais.

Desse modo, segundo o CFESS (2007), diversas situações são colocadas ao Serviço Social, que demandam dos mais diversos projetos e ações sistemáticas de pesquisa e de intervenção de conteúdos, que vão além de medidas ou projetos de Assistência Social. Tais situações são encontradas,

[...] no campo dos direitos, no universo da família, do trabalho e do “não trabalho”, da saúde, da educação, dos (as) idosos(as), da criança e dos(as) adolescentes, de grupos étnicos que enfrentam a investida avassaladora do preconceito, da expropriação da terra, das questões ambientais resultantes da socialização do ônus do setor produtivo, da discriminação a indivíduos homossexuais, entre outras formas de violação dos direitos.

Dessa forma, dentre as atribuições do assistente social, conforme o CFESS (2007) encontra - se a elaboração, execução e avaliação de políticas públicas, como também a assessoria a movimentos sociais e populares.

Assim, segundo Iamamoto (2000) outro espaço muito importante destinado a participação e atuação dos assistentes sociais atualmente é no âmbito dos Conselhos de políticas sociais, como, de saúde, assistência social e de direitos, como os da criança e do adolescente, de idosos, de pessoas com deficiência, entre outros. Dessa forma, estes profissionais estão contribuindo para a socialização de informações que subsidiem a formulação/gestão de políticas e o acesso a direitos sociais; ao viabilizarem o uso de recursos legais em prol dos interesses da sociedade civil organizada; ao interferirem na gestão e avaliação daquelas políticas, ampliando o acesso a informações a indivíduos sociais para

que possam lutar e interferir na alteração dos rumos da vida em sociedade, além de contribuírem também para a criação de formas de outro consenso, diferentemente daquele dominante, ao reforçarem os interesses de segmentos majoritários da coletividade.

Reafirma-se, portanto, conforme Iamamoto (2000), o desafio do trabalho do assistente social nos espaços conhecidamente públicos, através da garantia do acesso e participação da população na coisa pública e o efetivo controle, por parte da sociedade, nas decisões a ela concernentes. Devendo ser viabilizado pela socialização de informações; ampliação do conhecimento sobre direitos; transparência nos serviços públicos prestados aos cidadãos; ampliação de canais que permitam o acompanhamento das decisões que implicam a coletividade; ampliação de fóruns de debate e de representação, entre outros.

De acordo com o CFESS (2007) o primeiro curso de Serviço Social no Brasil surgiu em 1936 e sua regulamentação ocorreu em 1957.

Para o CFESS (2007), desde a década de 70, com o início do processo de reconceitualização, que profissão de Serviço Social vem passando por constantes transformações, desde a luta contra as forças conservadora até a construção coletiva de um projeto ético-político profissional manifestado no currículo mínimo de 1982, nas diretrizes curriculares de 1996 e no Código de Ética de 1986 e 1993.

Nesta perspectiva, segundo o CFESS (2007) a profissão de Serviço Social, exige de seus profissionais formação teórica, técnica, ética e política, orientando-se por uma Lei de Regulamentação Profissional e um Código de Ética.

Dessa forma, de acordo com Santos (2012) é imprescindível ao profissional de Serviço Social uma formação acadêmica de qualidade, e a permanente qualificação através da participação em cursos de especialização, encontros, debates e projetos de pesquisa em serviço social e áreas afins, além da interação com outros profissionais e movimentos da sociedade, para que esse não se transforme em um profissional imediatista e burocratizado, frente às demandas postas na sociedade, devendo sempre haver uma discussão interna entre os profissionais dos CRAS e das Secretárias de Assistência Social, para que possam entender as dinâmicas e questões latentes do dia-a-dia e assim intervir de maneira precisa e condizente com a necessidade de cada cidadão.

Assim, conforme Iamamoto (2000) há uma estreita conexão entre trabalho e formação profissional, em resposta a um desafio comum: o seu enraizamento na história contemporânea, de modo que qualifique o desempenho do assistente social e torne possível a atualização e a adequação do projeto ético-político do Serviço Social aos novos tempos, sem abrir mão de seus compromissos com a construção da cidadania, a defesa da esfera pública, o cultivo da democracia, parceira da equidade e da liberdade.

Conforme o CFESS (2007) a atuação dos assistentes sociais, seja na política de Assistência Social ou em outro espaço sócio-ocupacional é orientada e norteada por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais, quanto pelas instituições empregadoras.

Assim, para o CFESS (2007, p. 24 – 25), no que se refere aos direitos e deveres dos assistentes sociais, o artigo 2º e 3º do Código de Ética assegura:

Art. 2º - Constituem direitos do (a) assistente social:

- a) garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;
- b) livre exercício das atividades inerentes à profissão;
- c) participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais;
- d) inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;
- e) desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional;
- f) aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;
- g) pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;
- h) ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;
- i) liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos.

No que se refere aos deveres profissionais, o artigo 3º do Código de Ética estabelece:

Art. 3º - São deveres do (a) assistente social:

- a) desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a Legislação em vigor;
- b) utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão;

- c) abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes;
- d) participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades.

Desse modo, conforme o CFESS (2007), para atuar na política de Assistência Social, as práticas profissionais do assistente social devem se diferenciar das abordagens tradicionais conservadoras que tratam as situações sociais de forma isolada, considerando-as como problemas pessoais dos usuários.

Neste aspecto, de acordo com Santos (2012), o grande desafio colocado ao Serviço Social atualmente ainda é superar o conservadorismo que permeia a prática profissional, imprimindo uma identidade assistencialista e técnico-burocratizante, principalmente na área de Assistência Social, onde tais práticas, embora camufladas, ainda são perceptíveis, como ajuda, caridade, trocas de favores políticos, e outros.

Assim, conforme Yamamoto (2000, p.20):

Em primeiro lugar, para garantir uma sintonia do Serviço Social com os tempos atuais, é necessário romper com uma visão endógena, focalista, uma visão "de dentro" do Serviço Social, prisioneira em seus muros internos. Alargar os horizontes, olhar para mais longe, para o movimento das classes sociais e do Estado em suas relações com a sociedade; não para perder ou diluir as particularidades profissionais, mas, ao contrário, para iluminá-las com maior nitidez. Extrapolar o Serviço Social para melhor apreendê-lo na história da sociedade da qual ele é parte e expressão. É importante sair da redoma de vidro que aprisiona os assistentes sociais numa visão de dentro e para dentro do Serviço Social, como precondição para que se possa captar as novas mediações e requalificar o fazer profissional, identificando suas particularidades e descobrir alternativas de ação.

Nesta ênfase, conforme o CFESS (2007) o assistente social que deseja ser um profissional completo, dada amplitude de sua profissão, deve-se pautar no projeto ético político e na identificação da questão social como objeto de sua intervenção, levando em consideração os determinantes sócio-econômicos e culturais das desigualdades sociais. Além disso, a intervenção profissional pautada por uma perspectiva crítica 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(as) trabalhadores(as), 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, 2007, p. 26).

Desse modo, de acordo com Santos (2012), nas palavras de lamamoto (2009), a relativa autonomia a qual dispõe o assistente social, para a efetivação de seu trabalho, não o exclui a responsabilidade do Estado, da empresa ou de entidades não governamentais, que, ao cumprir seu papel, garantem aos usuários o acesso a seus serviços, fornecem meios e recursos para a sua realização, estabelecem metas e prioridades a serem cumpridas, interferem na definição de papéis e funções que compõem o cotidiano do trabalho institucional

Nesta perspectiva, segundo o CFESS (2007), com base na legislação que regulamenta a profissão, as competências e atribuições dos assistentes sociais, na política de Assistência Social, exigem do profissional, alguns requisitos que são fundamentais à compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa sua intervenção, tais como:

- Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;
- Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do Capitalismo no País e as particularidades regionais;
- Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
- Identificação das demandas presentes na sociedade, visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996 apud. CFESS, 2007, p. 26).

Ainda, conforme o CFESS (2007) tais competências são importantes para que o profissional possa realizar uma leitura crítica da realidade, e, com base nela, propor ações necessárias ao enfrentamento das situações e demandas sociais que se apresentam em seu cotidiano.

Santos (2012) cita lamamoto (2009) ao revelar que nos mais diversos espaços de atuação profissional, o assistente social pode fazer valer da

sua relativa autonomia, pois, é este profissional que se encontra próximo da realidade dos sujeitos, e portanto, pode decifrar as demandas destes e assim intervir com os meios necessários e condizentes com essa realidade.

Assim, de acordo com o CFESS (2007) diversas dimensões interventivas são colocadas ao assistente social, para que possa exercer suas competências específicas, no âmbito da política de Assistência Social, dentre elas destacam-se:

1. Realização de abordagens individuais, familiares ou grupais com vista ao atendimento das necessidades sociais básicas e acesso aos direitos, bens e equipamentos públicos, devendo pautar-se na orientação social e não no atendimento psico terapêutico.
2. Intervenção coletiva junto a movimentos sociais, tendo como foco o fortalecimento da classe trabalhadora, como sujeitos coletivos na busca pelos seus direitos, através da socialização de informações, mobilização e organização popular.
3. Intervenção profissional pautada na democratização dos serviços, através da orientação e inserção dos sujeitos nos espaços de controle social, e da criação de mecanismos que fomentem a participação, reivindicação e defesa dos direitos dos usuários junto aos Conselhos, Conferências e Fóruns da Assistência Social e de outras políticas públicas;
4. Gerenciamento, planejamento e execução de programas e serviços a indivíduos, grupos e coletividade, com o objetivo de estabelecer uma gestão democrática e participativa, com propostas que viabilizem a gestão em favor dos cidadãos;
5. Realização de estudos e pesquisas sobre as condições de vida da população, com o intuito de estimular a o pleno desenvolvimento de ações no âmbito da política de Assistência Social;
6. Orientação e socialização de informações sobre legislação social, políticas públicas e demais direitos inerentes á população.

Conforme o CFESS (2007) o reconhecimento das dimensões supracitadas só é possível através do desdobramento de diversas competências, estratégias e procedimentos específicos posto ao exercício profissional, cabendo citar:

- realizar pesquisas para identificação das demandas e reconhecimento das situações de vida da população que subsidiem a formulação dos planos de Assistência Social;
- formular e executar os programas, projetos, benefícios e serviços próprios da Assistência Social, em órgãos da Administração Pública, empresas e organizações da sociedade civil;
- elaborar, executar e avaliar os planos municipais, estaduais e nacional de Assistência Social, buscando interlocução com as diversas áreas e políticas públicas, com especial destaque para as políticas de Seguridade Social;
- formular e defender a constituição de orçamento público necessário à implementação do plano de Assistência Social;
- favorecer a participação dos(as) usuários(as) e movimentos sociais no processo de elaboração e avaliação do orçamento público;
- planejar, organizar e administrar o acompanhamento dos recursos orçamentários nos benefícios e serviços sócio-assistenciais nos Centro de Referência em Assistência Social - CRAS e Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS;
- realizar estudos sistemáticos com a equipe dos CRAS e CREAS, na perspectiva de análise conjunta da realidade e planejamento coletivo das ações, o que supõe assegurar espaços de reunião e reflexão no âmbito das equipes multiprofissionais;
- contribuir para viabilizar a participação dos(as) usuários(as) no processo de elaboração e avaliação do plano de Assistência Social;
- prestar assessoria e consultoria a órgãos da Administração Pública, empresas privadas e movimentos sociais em matéria relacionada à política de Assistência Social e acesso aos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- estimular a organização coletiva e orientar(as) os usuários(as) e trabalhadores(as) da política de Assistência Social a constituir entidades representativas;
- instituir espaços coletivos de socialização de informação sobre os direitos sócio-assistenciais e sobre o dever do Estado de garantir sua implementação;
- assessorar os movimentos sociais na perspectiva de identificação de demandas, fortalecimento do coletivo, formulação de estratégias para defesa e acesso aos direitos;
- realizar visitas, perícias técnicas, laudos, informações e pareceres sobre acesso e implementação da política de Assistência Social;
- realizar estudos sócio-econômicos para identificação de demandas e necessidades sociais;
- organizar os procedimentos e realizar atendimentos individuais e/ou coletivos nos CRAS;
- exercer funções de direção e/ou coordenação nos CRAS, CREAS e Secretarias de Assistência Social;
- fortalecer a execução direta dos serviços sócio-assistenciais pelas prefeituras, governo do DF e governos estaduais, em suas áreas de abrangência;
- realizar estudo e estabelecer cadastro atualizado de entidades e rede de atendimentos públicos e privados;

- prestar assessoria e supervisão às entidades não governamentais que constituem a rede sócio-assistencial;
- participar nos Conselhos municipais, estaduais e nacional de Assistência Social na condição de conselheiro(a);
- atuar nos Conselhos de Assistência Social na condição de secretário (a) executivo(a);
- prestar assessoria aos conselhos, na perspectiva de fortalecimento do controle democrático e ampliação da participação de usuários(as) e trabalhadores(as);
- organizar e coordenar seminários e eventos para debater e formular estratégias coletivas para materialização da política de Assistência Social;
- participar na organização, coordenação e realização de conferências municipais, estaduais e nacional de Assistência Social e afins;
- elaborar projetos coletivos e individuais de fortalecimento do protagonismo dos(as) usuários(as);
- acionar os sistemas de garantia de direitos, com vistas a mediar seu acesso pelos(as) usuários(as);
- supervisionar direta e sistematicamente os (as) estagiários(as) de Serviço Social. (CFESS, 2007, p. 28 - 30).

Ainda, segundo o CFESS (2007) para a realização dessas competências e atribuições é necessário a utilização de instrumentais específicos conforme a situação social a ser enfrentada pelo profissional. Dessa forma, para atingir cada objetivo, estratégia e competência proposta devem ser usadas técnicas e estratégias distintas, atentando para a não homogeneização social e a psicologização dos atendimentos ou das relações sociais. Entretanto, compete a cada profissional, no uso de sua autonomia e criatividade, a definição das estratégias e o uso dos instrumentais técnicos, de acordo com regionalização e a realidade em que atua.

Quanto aos instrumentos utilizados pelos assistentes sociais na sua prática profissional, conforme Santos (2012) são de grande importância, sendo que alguns são indispensáveis à atuação do profissional, como por, o desenvolvimento da linguagem própria à sua formação teórico-metodológica, técnico-profissional e ético-política. Dessa forma, é por meio desse instrumental que o assistente social mantém um relacionamento com os usuários, tentando decifrar de forma mais adequada, suas necessidades e assim podendo ajudá-lo com informações e esclarecimentos a respeito da demanda.

É nessa perspectiva, segundo Yamamoto (2000) que o trabalho profissional do assistente social deverá ser pautado, inquirindo sobre a realidade e primando pelo seu deciframento, baseado no zelo pela qualidade dos serviços

prestados, na defesa do acesso e da universalização dos serviços públicos, na atualização dos compromissos ético-políticos com os interesses coletivos da população usuária.

Enfim, conforme Yamamoto (2000, p. 80), apesar do pouco prestígio social e dos baixos salários, os assistentes sociais “formam uma categoria que tem ousado sonhar, que tem ousado ter firmeza na luta, que tem ousado resistir aos obstáculos, porque aposta na história, construindo o futuro, no presente.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve por objetivo conhecer historicamente como estão estruturadas as políticas de Assistência Social e de Saúde pública no Brasil, sob a perspectiva do aparato legal e diversas normativas que regem tais políticas e, analisar como está organizado o trabalho do Assistente Social frente á essas demandas.

Assim, foi verificado que, tanto a Assistência Social como a Saúde, tiveram grandes dificuldades para se concretizarem como políticas publicas, dado os fatores políticos, econômicos e sociais, que na década de 20, passava por um período de transição. Dessa forma, aos poucos, as mudanças vieram ocorrendo. A saúde, por exemplo, começou a se desenvolver pelos surtos de doenças infectocontagiosas, como a febre amarela e a malária, implantando centros de estudos e pesquisas mais avançados e mais tarde, o surgimento de algumas instituições de atendimento clínico.

Diferentemente, mas não em situação oposta, a Assistência Social tem sua trajetória marcada pela necessidade de afirmação do poder do Estado sobre a classe subalterna, que naquele momento começava a ter mais consciência crítica sobre a condição social em que viviam.

É válido ressaltar que, em ambas políticas o movimentos sociais da classe trabalhadora, dos sindicatos e de intelectuais teve papel fundamental na constituição e afirmação da assistência social e da saúde como políticas públicas de garantia de direitos.

Em alguns momentos as políticas caminharam juntas e em outros, de maneira opostas. Assim, com a criação das CAPs, e posteriormente, IAPs, a Saúde passou a tratar apenas dos casos de assegurados, restando à Assistência Social aqueles que não podiam contribuir com o Instituto, como os idosos, crianças, doentes e desempregados.

No período da ditadura militar, o poder regulador do Estado manteve ambas as políticas voltadas para a manutenção da ordem capitalista, principalmente a saúde, que foi marcada pela privatização dos serviços e atenção ás clinicas particulares e a formação de empresas médicas. Outro ponto de destaque foi em relação aos movimentos sociais organizados e ás Instituições de Ensino que nesse período mantiveram seu apoio incondicional á implantação

destas políticas.

Merecem destaque dois grandes movimentos: o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, que em plena ditadura abriu uma pauta para discutir os avanços e desafios dos estudantes e profissionais de Serviço Social e, na área da Saúde, o Movimento Sanitário que em meio as fortes pressões ao Legislativo, estimulou a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (LOS). Ganha destaque ainda, a 8ª Conferência de Saúde que revelou as bases para a estruturação do Sistema Único de Saúde.

Mas, foi somente com a promulgação da Carta Cidadã, em 1988, que tais políticas puderam ser efetivadas, instituindo assim, a Assistência Social e a Saúde como direitos públicos e reafirmando o compromisso do Estado na garantia desses direitos à população.

Dessa forma, a Constituição Federal revelou-se como um marco significativo no âmbito de ambas as políticas, pois é a partir dela que começaram a surgir inúmeras legislações, visando garantir o bem estar e o direito ao cidadão.

Ainda, cabe ressaltar que, com o apoio da Constituição Federal, as políticas públicas passaram a ter maior ênfase na pauta dos discursos políticos, culminando com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e recentemente, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Quanto às políticas observa-se que estas ainda estão em fase de implantação e aperfeiçoamento. Pouco mais avançada, a política de Saúde revela-se com mais segurança e autonomia em suas decisões, embora, ainda tenha muito que avançar em termos de universalização e acesso à população, com estruturas físicas adequadas, qualidade nos atendimentos prestados, aumento no quadro de profissionais, ampliação dos serviços prestados, ênfase no atendimento preventivo, entre outros.

No que se refere à Assistência Social, há a necessidade de se concretizar como uma política pública efetiva na garantia de direitos, haja visto que a falta de autonomia faz com que muitos executores desta política ainda não enxergue os usuários como sujeitos de direitos, mas com viés de caridade, filantropia e paternalismo.

Embora ambas políticas tenham diversos desafios a serem enfrentados, é válido ressaltar, que dada a trajetória histórica, político e socioeconômica em que elas se desenvolveram, podem ser consideradas

atualmente como grandes políticas públicas de garantias de direitos, constituídas e implantadas no seio da Seguridade Social, regidas por leis e amparadas pela Constituição Federal.

No que tange ao trabalho profissional do Assistente Social, em ambas as políticas, verifica-se ainda certo grau de insegurança e instabilidade, mais acentuada na política de Saúde, onde foi constatado que o profissional muitas vezes restringe-se apenas á atendimentos individuais, orientações e ao plantão social, necessitando de uma abordagem mais reflexiva sobre sua ação, quanto aos elementos significativos que a compõe. Dessa forma, um vasto leque se abre para o Assistente Social, desde o apoio aos movimentos sociais, consultoria á sindicatos, empresas e instituições; assessoria aos conselhos de direitos e orientação de seus membros quanto á direitos, serviços, programas e projetos, entre outros.

Na Assistência Social, o profissional se reconhece com mais autonomia, tendo uma relação mais íntima com os programas e projetos da área, contudo, tanto na Assistência como na Saúde, os profissionais necessitam de constante aperfeiçoamento, pois, os novos tempos exigem um profissional dinâmico e criativo, capaz de assimilar os conhecimentos apreendidos e utilizá-los na realidade, no trabalho com os usuários, de forma a conhecê-los, entendê-los e assim, decifrar, num olhar transversal, quais são os reais motivos que impulsionam aquela demanda.

Enfim, é válido enfatizar que o trabalho do Assistente Social, dado os princípios éticos que compõe seu Código Profissional, e tendo uma formação específica para atuar junto á grupos e movimentos populares, na identificação de barreiras e nas diversas formas de eliminação destas, além de ser um profissional assíduo, comprometido com a população com que trabalha, vê no Controle Social um poderoso escudo para proteger os direitos dos cidadãos, e é junto aos Conselhos e Conferências que este profissional, ao atuar elimina barreiras para o acesso á população, com ênfase na participação social e na sensibilização para o acesso aos direitos sociais. Daí, conclui-se que este profissional tem importância significativa no trabalho junto ás políticas de Assistência Social e de Saúde pública brasileira, logo, se faz necessário à realização de outras pesquisas, que venham abordar a respeito de tal problemática, a saber, como funcionam os Conselhos de Assistência Social e de

Saúde Pública e qual o trabalho desempenhado pelos Assistentes Sociais junto á esses seguimentos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2010.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social - CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS, março de 2009. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para Atuacao de Assistentes Sociais na Saude - versao preliminar.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf). > Acesso em: < 15/11/2014>.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social - CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: <02/01/2015>.

BRASIL. Lei Federal nº 1.920, de 25 de Julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm>. Acesso em: <12/01/2015>.

BRASIL. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Publicada no Diário Oficial da União em 25 de novembro de 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil** In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. "As Políticas de Seguridade Social Saúde". In: CFESS/CEAD. Editora Cortez, Julho de 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf>. Acesso em: <02/01/2015>.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetro para atuação de assistentes sociais e psicólogos (as) na Política de Assistência Social**. Brasília, CFP/CFESS, 2007. 52 p. Disponível em: < www.cfess.org.br/arquivos/CartilhaFinalCFESSCFPset2007.pdf> Acesso em: <15/01/2015>.

FIGUEIREDO NETO, Manoel Valente; SILVA, Priscyla Freitas da; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos; CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo; SANTOS, Rafael Vitor Silva Gaioso dos. **O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas**. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIII, n. 76, maio 2010. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista artigos leitura&artigo_id=7781](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7781)>. Acesso em 09/01/2015.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **CARVALHO, Raul de. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 2ª. Ed. São Paulo: Cortez, 1983. PARTE II – ASPECTOS DA HISTÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL (1930 – 1960).

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

LONARDONI, Eliana. GIMENES, Junia Garcia; SANTOS, Maria Lucia dos; NOZABIELLI, Sonia Regina (Coord.). **O processo de afirmação da assistência social como política social**. Serviço social em Revista. Vol. 8 – número 2. Jan/Jun 2006. Disponível em: <www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v8n2_sonia.htm>. Acesso em: <06/12/2014>.

MARSIGLIA, R. M. G. Intervenção e Pesquisa em Serviço Social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Brasília: UnB, CEAD, 2000.

PIANA, MC. A construção do perfil do assistente social no cenário educacional [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. ISBN 978-85-7983-038-9. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: <02/01/2015>.

PRATES, Jane Cruz. Planejamento da Pesquisa Social. In: Temporalis 7. **Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa de Serviço Social** – ABEPSS. Ano IV nº 7. Porto Alegre, 2003.

QUINONERO, Camila Gomes. **ISHIKAWA**, Carlos Takeo. **NASCIMENTO**, Rosana Cristina Januário. **MANTOVAN**, Rosimeire Aparecida. Princípios e diretrizes da Assistência Social: da LOAS á NOB SUAS. Pg. 47-70. **O Social em Questão - Ano XVII - nº 30 – 2013**.

SANTOS, Edna Maria de Souza. **O trabalho profissional do assistente social na área da assistência social no município de Santo Antônio de Jesus: Reflexões sobre os limites e possibilidades**. Cachoeira – BA, 2012. Disponível em: < www.ufrb.edu.br/servicosocial/tcc/31-edina-maria-de.../download> Acesso em: <15/01/2015>.

SILVA, Daniel Cavalcante. Contextualização: políticas públicas no Brasil. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 16, n. 2880, 21 maio 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/19158>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde**. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Editora Cortez, Julho de 2006. Disponível em: <<http://poteresocial.com.br/blog/?p=190>> Acesso em: <13/01/2015>.