



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

**Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”
Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019**

Eixo: Política social e Serviço Social.

Sub-eixo: Ênfase em Controle social e Sujeitos Políticos.

FÓRUM PARANAENSE DE ASSISTENTES SOCIAIS DA SAÚDE: ESPAÇO ESTRATÉGICO DE ORGANIZAÇÃO E RESISTÊNCIA NO ENFRENTAMENTO DAS AMEAÇAS À VIOLAÇÃO DE DIREITOS NA SAÚDE

**Priscila dos Santos Brasil¹
Jackson Michel Teixeira da Silva²
Emanoele Cristina da Costa³
Reni Ery dos Santos de Lima Jorge⁴**

Resumo: O presente artigo traz uma breve análise sobre o controle social e sua importância como mecanismo de atuação e intervenção popular no Sistema Único de Saúde, bem como a trajetória do Fórum Paranaense de Assistentes Sociais da Saúde. Assim, apresenta o papel da reforma sanitária e os avanços que a constituição cidadã trouxe para a política da saúde e destaca o papel do FOPASS como espaço estratégico de debate, construção de saberes e resistência dos/as profissionais.

Palavras-chave: SUS; controle social; FOPASS.

INTRODUÇÃO

Estamos vivenciando um momento político importante no nosso país, estamos à véspera da 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), marcando a 8ª edição com participação da sociedade através do controle social. Ao se tratar da política de saúde, podemos afirmar que a 8ª Conferência Nacional, realizada em 1986, foi um ponto histórico, trazendo avanços significativos, sendo a primeira conferência aberta a todos os setores da sociedade com participação de cerca de 4.000 delegados/as, foi precedida por conferências municipais e estaduais e significou um marco na formulação das propostas de mudanças da política de saúde, pois propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde que envolve promoção, proteção e recuperação.

Estava em consonância histórica com a Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, e o artigo 196 o qual estabelece que "a saúde é direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 1988, p. 202). A Constituição prevê, ainda, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação e controle da população e

¹Profissional de Serviço Social. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná / Hospital Adauto Botelho. E-mail: <pri.santosbrasil@gmail.com>.

² Profissional de Serviço Social. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná / Hospital Adauto Botelho. E-mail: <pri.santosbrasil@gmail.com>.

³ Profissional de Serviço Social. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná / Hospital Adauto Botelho. E-mail: <pri.santosbrasil@gmail.com>.

⁴ Profissional de Serviço Social. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná / Hospital Adauto Botelho. E-mail: <pri.santosbrasil@gmail.com>.

atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1987:382)

Nessa perspectiva, a década de 1980 representou um grande avanço, ao passo que trouxe uma nova visão do Estado e suas práticas sociais, bem como tal década proporcionou uma diferente participação dos setores da sociedade na discussão do projeto de saúde pública. Destaca-se ainda, as diretrizes de descentralização da gestão, integralidade do atendimento e de participação da comunidade na organização de um sistema único de saúde no território nacional.

As diretrizes da Constituição enunciaram as seguintes garantias para a sistematização das ações e dos serviços destinados à promoção, proteção, preservação e recuperação da saúde individual e coletiva.

A nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente e com a participação da sociedade organizada prevê mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade, e entre os distintos níveis de governo — nacional estadual e municipal, cabendo aos seus gestores papel fundamental na concretização dos princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira. Porém, a postura estatal relativa a todas essas discussões era excludente, ainda se sentia os impactos da ditadura militar, ou seja, o período era de grave crise econômica e do modelo de desenvolvimento econômico adotado pelo regime ditatorial.

O Brasil da época era caracterizado por ser um país refratário à participação popular, o período que antecedeu a ditadura militar foi marcado intensivamente por manifestações populares que buscavam sustentação para as reformas necessárias à melhoria da qualidade de vida da população. Assim, embora a intervenção do Estado respondesse às pressões populares, os benefícios contidos na prestação de seus serviços são consubstanciados como concessão e não como direito (TEIXEIRA, 1984: 47).

No setor da saúde iria se travar um embate entre dois projetos antagônico, o projeto de reforma sanitária, que propunha a mudança do modelo vigente e o projeto privatista neoliberal, que era norteado pela perspectiva da mercantilização brasileira. Nessa conjuntura, o Sistema Único de Saúde (SUS) surge com intuito de universalizar os acessos

e acobertar aqueles que antes eram totalmente desprotegidos. Paradoxalmente, a Constituição Federal promulgada em 1988, garantiu uma série de benefícios sociais, “ampliando a responsabilidade do Estado em meio a um contexto de desmonte das políticas públicas, ondas privatistas e internacionalização da economia” (ROCHA, 2001:32).

Assim ocorre o esvaziamento do setor público e o conseqüente desmantelamento da rede de atendimento, O Estado desresponsabilizou-se da prestação de serviços sociais, a ideia é que os gastos com serviços sociais públicos sejam dirigidos exclusivamente aos pobres, ou seja, para aqueles que comprovarem viver em extrema pobreza.

Fortalecendo esse processo os governos neoliberais de Fernando Collor de Mello (1990-1992) e Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) chegaram ao poder no Brasil, sendo favorecidos pelo poder aquisitivo e pela força da mídia. Ao assumirem a presidência da república efetivaram sua proposta de modernização do país com a redução interventiva do Estado e retomada da velha fórmula de liberdade do mercado para auto-regulação. As medidas de ajustes sobre o enfoque do neoliberalismo estão fundamentadas num projeto ideológico, político e econômico que defende a liberdade dos mercados. Assim propõem a desregulamentação da economia, onde se consolida a abertura dos mercados para o livre fluxo de produtos e capital (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, a universalidade e a integralidade se esvaziam não pela negação do acesso, por não portar uma carteira de segurado e pela falta de definição dos níveis de atenção, mas pela falta de condições de atendimento dos serviços de saúde; a descentralização, em muitos casos é sinônimo de “prefeiturização” e a equidade dá lugar ao tráfico de influências e aos "jeitinhos" para ter acesso ao sistema de saúde.

Na lógica prevista no SUS, todas/os as/os cidadãos/ãs devem ter direito às consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde vinculadas ao sistema, sejam elas públicas ou privadas, sendo as últimas contratadas pelo gestor público de saúde. A Vigilância Epidemiológica também é de responsabilidade do SUS, assim como o controle da qualidade de remédios, exames, alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público.

Dessa forma, o SUS deve promover a saúde através de ações preventivas e curativas, democratizando as informações relevantes para o conhecimento da população quanto aos seus direitos e os riscos à sua saúde. Contudo, ainda não foi possível superar o modelo médico-hegemônico, uma vez que para tanto, o sistema de saúde precisaria centrar suas ações nas demandas trazidas pela população e articular ações intersetoriais com as demais políticas sociais que intervêm nas condições de vida da população, como é o caso da habitação, do saneamento, das condições de trabalho, educação, assistência, previdência, acesso a terra, efetivando a construção da rede de proteção social.

Entretanto, esse avanço traz traços que ainda resultam em um sistema fragmentado e desarticulado no acesso e na prestação dos serviços de saúde, incapaz de dar respostas efetivas às necessidades da população que demanda tais serviços, impermeável a um controle público efetivo e causador da dicotomia entre as ações individuais e coletivas de saúde.

As exigências para a adoção de critérios de universalização, igualdade no tratamento assistencial, equidade e da participação na implementação do sistema de saúde é primordial colocar em prática o princípio do controle popular. A Lei Orgânica da Saúde (nº 8.142/1990), estabelece duas formas de participação da população na gestão do SUS: as Conferências e os Conselhos de Saúde. As Conferências devem acontecer nas três esferas do governo (municipal, estadual e nacional) de quatro em quatro anos e têm a finalidade de avaliar e propor diretrizes para as políticas públicas de saúde. Seus representantes são usuários e usuárias do SUS, do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços, parlamentares e outros, de forma paritária.

Quanto aos Conselhos de Saúde municipais, estaduais e o federal, esses são órgãos de controle social do SUS. Os Conselhos de Saúde funcionam como colegiados e têm caráter deliberativo. São componentes dos Conselhos os representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e usuários e usuárias. De acordo com Cohn (2001, p. 51), associadas às diretrizes do SUS, às quais demandam tempo para sua implementação, questões mais imediatas e urgentes também devem ser contempladas no rol de prioridades do setor saúde. Assim, as referidas instâncias são espaços de articulação entre diferentes atores sociais, de controle e/ou oposição às ações do Estado. Esses fazem parte da história das lutas sociais, pois é através da participação popular que se constrói o protagonismo das conquistas e a ampliação dos direitos.

Os conselhos, nos moldes definidos pela Constituição Federal de 1988, são espaços públicos com força legal para atuar nas políticas públicas, na definição de suas prioridades, de seus conteúdos e recursos orçamentários, de segmentos sociais a serem atendidos e na avaliação dos resultados. A composição plural e heterogênea, com representação da sociedade civil e do governo em diferentes formatos, caracteriza os conselhos como instâncias de negociação de conflitos entre diferentes grupos e interesses, portanto, como campo de disputas políticas, de conceitos e processos, de significados e resultados políticos. (RAICHELIS, 2006, p.11).

Contudo, ainda há dificuldades para a efetivação do controle social, seja pela conjuntura adversa relacionada à política econômica, pelas duras resistências do aparato governamental para se instalar e garantir o reconhecimento como espaço institucional e legítimo para o exercício do controle social, seja pela recusa dos executivos em partilhar o poder, conforme afirma Raichelis (2006).

Assim, garantir a participação dos usuários e das usuárias é uma estratégia que propicia a organização de grupos sobre as suas condições de reflexão/ação. Constrói espaço para exposição de ideias e pactuação de metas, estabelece condições para o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo. Além de implicar na constituição de sujeitos socialmente ativos que se apresentam para defender demandas coletivas (BRASIL, 2009). Entretanto, para tentar modificar o quadro que se apresenta na área da saúde, necessário se faz debatê-lo na esfera pública da política, ou seja, com a participação do Legislativo, dos Partidos Políticos, dos setores organizados da sociedade, dos profissionais da área, como forma de fazer frente à resistência para efetivação da saúde como direito de cidadania.

Segundo Elias (2001), o debate contemporâneo em relação à saúde tem se concentrado nas formas de reorganização do setor e na divisão de responsabilidades entre o setor público e o privado, evidenciando a melhoria na qualidade dos serviços prestados e a descentralização como as alternativas mais efetivas para concretizá-las. Acrescente-se ao debate no Brasil as questões relacionadas ao financiamento do setor, no que diz respeito à definição dos recursos e às fontes para provê-los, além dos problemas relacionados ao gerenciamento dos serviços. A esfera pública é responsável pela grande maioria dos serviços voltados para a atenção básica de saúde, que incorpora tecnologia de baixo custo e complexidade (ELIAS, 2001).

Em contrapartida, o setor privado concentra-se principalmente na atenção secundária e terciária, ou seja, nos atendimentos através de policlínicas e hospitais, os quais demandam tecnologia de maior complexidade e custo. Entretanto, é imprescindível destacar que os planos de saúde privados cada vez mais vêm se alastrando e oferecendo um serviço sem qualidade. Essa realidade chama a atenção para o caráter mercantilista da prestação de serviços de saúde, evidenciado pelos indicadores de saúde no Brasil que apresentam um quadro preocupante, resultante do modelo de desenvolvimento excludente implementado, principalmente na última década, e que se traduz na falta de efetividade das políticas públicas e em particular no setor de saúde.

Assim, é necessário, ainda, formular políticas de saúde articuladas, pois o próprio conceito mais amplo de saúde exige que suas políticas sejam elaboradas tendo como parâmetro a unificação às demais políticas. Com o desmonte da política pública de saúde, vivenciamos problemas como falta de medicamentos e insumos, o que, obviamente, reflete no trabalho realizado pelas equipes. Nessa perspectiva, é necessário levar em consideração as condições precárias em que se encontram os serviços públicos em todas as esferas de governo, com ausência de profissionais, recursos físicos e financeiros, resultado dos anos de desmonte promovido pela política neoliberal (BRASIL, 2009).

Serviço Social no Campo da Saúde a partir da 8º CNS

A partir da 8º CNS o conceito da saúde passa a ser mais abrangente, ou seja, sendo decorrência das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Nessa nova conjuntura, o Serviço Social se insere no conjunto de profissões necessárias no processo saúde/doença, outro fator que contribuiu para a ampliação da inserção do/a Assistente Social no campo foi à mudança no processo de gestão da política de saúde, tendo na descentralização político/administrativa a principal estratégia. Com a municipalização da política de saúde os municípios tiveram que contratar diversos profissionais para garantir a gestão local da política, dentre eles, o/a Assistente Social (COSTA, 2011).

Compreende-se que cabe ao Serviço Social, numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do SUS, formular estratégias que reforcem as experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do/a Assistente Social que queira ter como norte o Projeto-Ético Político Profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (CFESS, 2009, p. 13).

A política pública de Saúde é o setor que, historicamente, mais tem absorvido profissionais de Serviço Social. O Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da resolução nº 218/1997, reconheceu o Assistente Social como um dos treze profissionais de saúde de nível superior, junto com o biólogo, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), através da Resolução 338/1999, reafirma o/a Assistente Social como profissional de saúde, pautado na resolução já citada, no novo conceito de saúde inaugurado pela Constituição de 1988, na própria formação do/a Assistente Social e no seu compromisso ético-político expresso no Código de Ética da Profissão de 1993, que coloca que um dos principais fundamentos do Serviço Social:

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

Essas legislações asseguraram ao Serviço Social o status de profissão da área de saúde. Iamamoto (1995) afirma que o serviço social é uma profissão interventiva no âmbito dos processos sociais, especialização do trabalho coletivo, que responde às necessidades

humanas no âmbito das políticas sociais em resposta à questão social, tendo tido historicamente a área da saúde como campo de atuação.

Os/As Assistentes Sociais se inserem, assim, no processo de trabalho em saúde, como agente de interação entre os níveis do SUS com as demais políticas sociais, sendo que o principal objetivo de seu trabalho no setor é assegurar a integralidade e intersetorialidade das ações. O/A Assistente Social desenvolve, ainda, atividades de natureza educativa e de incentivo à participação da comunidade para atender as necessidades de coparticipação dos usuários e das usuárias no desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, recuperação e controle do processo saúde/doença.

O que, de novo, se coloca na inserção atual do/a Assistente Social na área de saúde é o fato de que essa “prática” não é mais mediada pela ideologia da ajuda e sim pela perspectiva da garantia de direitos sociais. Atuando nas contradições existentes no SUS, dentre as quais constam a exclusão no acesso, a precariedade dos recursos e da qualidade dos serviços, a excessiva burocratização e a ênfase na assistência médica curativa e individual. É nesse contexto que surgem um conjunto de requisições expressivas da tensão existente entre as ações tradicionais da saúde e as novas proposições do SUS, e que determinam o âmbito de atuação do profissional de Serviço Social, qual seja nas contradições presentes no processo de racionalização e reorganização do Sistema.

É dentro da relação de dever/direito à saúde que o trabalho dos Assistentes Sociais vem se desenvolvendo e, a cada dia, tem se tornado uma “prática” necessária para a promoção e atenção à saúde. Sua intervenção tem se ampliado e se consolidado diante da concepção de que o processo de construção da saúde é determinado socialmente, e reforçado pelo conceito de saúde que passa a considerar o atendimento das demandas do setor sob o enfoque relevante das condições sociais.

Assim, entendendo que a saúde é construída a partir de necessidades históricas e socialmente determinada que o/a Assistente Social a defende como direito de todo cidadão e cidadã e dever do Estado, propondo-se a contribuir para essa garantia através do fortalecimento de seus princípios de universalidade, equidade e integralidade.

De acordo com Costa (2000), para a realização desse trabalho, o/a Assistente Social precisa dispor e conhecer portarias e normas de funcionamentos da unidade e do próprio sistema de saúde como orientações sobre os regulamentos, cumprimento de horários, números de visitantes, realização do atendimento, etc. Além de deter conhecimento referente aos manuais de funcionamento dos programas, horários de atendimento das unidades e setores, sobretudo dos serviços de apoio ao diagnóstico, e profissionais principalmente médicos, psicólogos, fisioterapeutas dentre outros.

Por outro lado, os/as Assistentes Sociais, principalmente nos centros de saúde são requisitados/as a trabalharem na realização de atividades em que o/a profissional assessora, organiza e realizam cursos, seminários, debates, treinamentos, palestras, oficinas de trabalho, reuniões, visitas às lideranças e entidades comunitárias, etc.

Nessa perspectiva, nos centros de saúde, sobretudo, uma das suas atribuições é a reestruturação e funcionamento dos conselhos gestores das unidades, dos distritos e do município (COSTA, 2000).

Assim, Mendes (1994) reafirma que, apesar de retrocessos no decorrer do contexto dos anos 1980, o Serviço Social na saúde conseguiu alguns avanços na sua prática profissional e, apesar de tais contradições, o trabalho do/a Assistente Social tem crescido consideravelmente nos últimos anos, visto que eram cada vez mais evidentes as demandas que exigiam uma intervenção dos profissionais de Serviço Social nos serviços de saúde.

Portanto, na década de 1990, o Serviço Social atua em meio aos eventos globais, principalmente os vivenciados no Brasil, ou seja, a ofensiva neoliberal que prioriza a mínima participação do Estado nas questões sociais, havendo um reconhecimento interno na categoria da defesa estratégica do SUS.

As novas diretrizes das diversas profissões têm ressaltado a importância de formar trabalhadores e trabalhadoras da saúde para o Sistema Único de Saúde, com visão generalista e não fragmentada. Na saúde, a principal luta continua sendo a implementação do projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos de 1970, tendo ligação direta com o projeto profissional dos/as assistentes sociais. Com a implantação do SUS, houve um processo de ampliação dos postos de trabalho para os/as Assistentes Sociais na área da saúde, pois se observa que uma das demandas do Serviço Social no SUS está em administrar as contradições presentes no processo de racionalização/reorganização do sistema de saúde pública no país.

Sendo assim apesar do/a profissional realizar atividades de natureza socioeducativa, de mobilização e participação popular, a preponderância das ações está voltada para a integração entre os diversos níveis de constituição da metodologia de cooperação horizontal (expansão dos subsistemas de saúde) e vertical (divisão sócio - técnica e institucional do trabalho) do trabalho em saúde, isso é, o profissional se insere no processo de trabalho como agente de integração do elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e outras políticas sociais (COSTA, 2000).

De certa forma, a inserção dos/as Assistentes Sociais nos serviços de saúde está destinado a facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde, bem como de forma compromissada não submeter-se à operacionalização da sua atuação profissional aos rearranjos propostos pelos governos que, descaracterizam a proposta original do SUS

de direito, tentando construir e/ou efetivar conjuntamente com outros trabalhadores e trabalhadoras da saúde, espaços que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas; elaborar e participar de projetos socioeducativos permanente, sistematizar o trabalho desenvolvido, realizar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de fomentar a participação dos sujeitos sociais a colaborarem no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, tendo o aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2009. p. 15).

Nesse sentido, o trabalho do profissional do Serviço Social torna-se de extrema relevância na efetivação do SUS, do ponto de vista da universalização dos direitos, na formulação dos serviços públicos, como ainda em sua fiscalização, controle e participação dos indivíduos sociais enquanto sujeitos de direitos da política de saúde. Dessa forma, os/as Assistentes Sociais estão inseridos/as em diversos espaços sócio-ocupacionais como hospitais gerais, por especialidades, ambulatórios diversos, prontos socorros, clínicas, saúde pública e secretarias de saúde, etc.

Os/as Assistentes Sociais têm nas expressões da questão social a base de sua fundamentação enquanto especialização do trabalho, pautando-se nos princípios de enfrentamento dessas expressões que repercutem diretamente nos diversos níveis de complexidade da saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações, quais sejam, de ordem sócio-educativa, participação da comunidade no controle social, nos planejamentos, gestão, qualificação e formação profissional, dentre outros (CFESS, 2009).

Dessa forma, as atribuições e competências do profissional de Serviço Social na saúde contribuem diretamente na defesa das políticas públicas de saúde, na garantia dos direitos sociais, na luta pela emancipação dos sujeitos sociais e em busca de uma sociedade mais justa e igualitária.

Fórum Paranaense de Assistentes Sociais da Saúde (FOPASS)

No Paraná, os/as Assistentes Sociais compõem diversos espaços que atuam em defesa do SUS, além dos Conselhos de Políticas Públicas e de Direitos, as/os profissionais têm intensificado e qualificado os debates nos Fóruns, compreendendo que esta participação tem que estar em consonância com o Projeto Ético-Político da Profissão, pautado nos princípios da liberdade, igualdade, da justiça social e da viabilização do acesso às políticas públicas.

O FOPASS, nesse contexto, é um espaço para o debate e articulação do Serviço Social na Saúde, propiciando permanente discussão da prática desenvolvida e das

dificuldades cotidianas vividas pelos/as profissionais na operacionalização dessa política, porém em diversos momentos é ampliada a discussão, abordando outros temas e políticas públicas transversais. Os encontros são mensais, sempre na terceira terça-feira do mês, as reuniões são descentralizadas e abertas, não sendo necessário realizar inscrição.

A fundação do FOPASS ocorreu em 2006, funcionando com reuniões mensais na Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. Teve suas atividades paralisadas no ano de 2011, porém um grupo de profissionais sentindo falta de um espaço autônomo e democrático para debater as especificidades do exercício profissional na Saúde, reativou as atividades em maio de 2017. Assim, se constitui uma coordenação colegiada e esse espaço e temas são construídos no coletivo. Os encontros são pautados na construção coletiva, duas vezes por ano são realizados encontros com objetivo de planejar, monitorar e avaliar as ações do Fórum.

O FOPASS é reconhecido como espaço legítimo de representação e articulação dos/as Assistentes Sociais da Saúde, tanto pelas instituições que acolhem os encontros, quanto pelo Conselho Regional de Serviço Social do Paraná CRESS/PR.

Pode-se dizer que se tornou aos longo desses anos uma rede social de apoio entre profissionais da saúde para atender as demandas dos usuários da saúde, compreendendo ainda como (Gonçalves e Guará, 2010) que tais redes em sua essência carregam o objetivo de atuar em conjunto e reduzir o nível de incerteza e dos riscos diante de questões pessoais, sociais e políticas. Faz-se necessário também contextualizar e compreender rede social de apoio a partir de um conceito orgânico.

[...] como um conjunto de pessoas e organizações que se relacionam para responder demandas e necessidades da população de maneira integrada, mas respeitando o saber e autonomia de cada membro [...] essas organizações se integram, tanto na concepção das ações interpessoais quanto na execução, para garantir a população seus direitos sociais. (JUNQUEIRA, 2000, p. 40).

Essas práticas integradas e articuladas no FOPASS resultam em ações a favor do sujeito social, pois através desses encontros pautados na construção coletiva, promove-se a aproximação e reconhecimento das redes sociais presentes na conjuntura societária, tais como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria Estadual de Saúde (SESA), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), Defensoria Pública do Paraná, Ministério Público do Paraná, entre outros. Consolidando-se assim como uma estratégia de resistência e enfrentamento às ameaças à violação dos direitos humanos e sociais, condição *sine qua non* para uma prática profissional do Assistente Social que tem como base o projeto ético político e a consonância com o Código de Ética Profissional que prima pela garantia dos direitos.

Entretanto, o FOPASS, em sua breve trajetória, encontra-se num constante movimento de autoconhecimento e autocrítica, buscando novos caminhos com vistas uma estruturação e organização, sem, contudo, perder o foco no aprofundamento de discussão de temas como, por exemplo, notificação de violência em todas as instâncias como crianças, adolescentes, mulheres e LGBT — para além dos mecanismos de controle e proteção da rede, mas com uma contextualização macro tendo por base o momento político vigente. Para tanto, faz-se necessário estimular os/as profissionais a participarem mais ativamente, uma vez que, o FOPASS é um espaço singular e estratégico que estimula a troca de experiências e só tem legitimidade para intervir na realidade social por ser fortalecido pela participação profissional.

O FOPASS é mais um espaço para fortalecimento da categoria, aprimoramento profissional, e um mecanismo de articulação e fortalecimento do Projeto Ético Político da Assistente Social, estando a caminho do fortalecimento do projeto da Reforma Sanitária e do SUS, diante de um contexto político que se faz emergente a disputa em favor dos interesses da classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição República Federativa do Brasil** – promulgada em 05 de outubro de 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080** de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990

BRASIL, Priscila dos Santos. **Centro de Referência da Assistência Social e o trabalho com famílias: consonâncias teóricas e dissonâncias práticas**. Trabalho de Conclusão de Curso Graduação em Serviço Social apresentado a Pontifícia Universidade Católica do Paraná. 2009.

CFESS - **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais** - aprovado em 15 de março de 1993 com as alterações introduzidas pelas resoluções CFESS N.º 290/94 e 293/94. Brasília.

CFESS - **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**, 2009. Brasília.

COSTA, Ednes Nascimento. **A inserção dos Assistentes Sociais nos serviços de Saúde**: na perspectiva da lei 8080/90. In: Webartigos.com. Consultado dia 12 de setembro de 2011, às 15h.

COSTA, Maria Dalva Horacio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos Assistentes Sociais in; **Revista Serviço Social e Sociedade** n° 62. São Paulo: Cortez, 2000.

CNS - **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, Relatório Final. P.382. 1987. Brasília.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N.º 218**, de 06 de Março de 1997. Brasília.

ELIAS, Paulo E. **Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil**. In: COHN, Amélia; Elias, Paulo E. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços, 4. ed., São Paulo: Cortez: CEDEC, 2001.

GONÇALVES SA, Guará IMFR, organizadores. **Redes de Proteção na comunidade**: por uma nova cultura de articulação e cooperação em rede. In: Redes de Proteção Social. Associação Fazendo História: Neca – Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisa sobre Criança e Adolescentes; 2010. p.1–97.

Junqueira LAP. **Intersetorialidade transetorialidade e redes sociais na saúde**. In: Rev. de Adm. Pública Intersetorialidade e redes sociais 2000:(4);35–45.

RAICHELIS, Raquel. Articulação entre os conselhos de políticas públicas: uma pauta a ser enfrentada. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 85, 2006.

ROCHA, Solange Fernandes. Um estudo sobre a interferência institucional no processo de organização dos catadores de papel de Curitiba. **Dissertação de Mestrado apresentado a Universidade Estadual de Ponta Grossa**. Paraná, 2001.

MENDES. Eugenio Vilaça. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 1980**: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal.