



# 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: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional

Sub-Eixo: Ênfase em Fundamentos

## DETERMINANTES HISTÓRICOS E POLÍTICOS NA RELAÇÃO ENTRE SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE PÚBLICA: CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE CRÍTICO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DA PROFISSÃO

Wallace Santos Batista<sup>1</sup>  
Gladson Rosas Hauradou<sup>2</sup>

**Resumo:** Este estudo é fruto de uma revisão teórica sobre a Política de Saúde e sua relação com o Serviço Social a partir de reflexões críticas frente à relação histórica e política da profissão com a Política de Saúde. Objetivou-se trazer um debate sobre a saúde enquanto direito social, conquista da classe trabalhadora e suas implicações na história, na formação e na prática profissional dos assistentes sociais no Brasil, através de uma discussão teórica sobre os fatos históricos e políticos que contribuíram para a modificação da profissão. Aborda-se uma contextualização da política de saúde e do Serviço Social no Brasil. Para este trabalho foram consultadas bibliografias sobre o tema em tela, trazendo uma avaliação do material já produzido, deixando reflexões sobre a relação histórica e política do Serviço Social com a Saúde no Brasil.

**Palavras-Chaves:** Política de Saúde, Serviço Social, Determinantes Históricos e Políticos.

**Abstract:** This study is the result of a theoretical review on Health Policy and its relationship with Social Work from critical reflections on the profession's historical and political relationship with Health Policy. The objective was to bring a debate on health as a right social, conquest of the working class and its implications in the history, formation and professional practice of social workers in Brazil, through a theoretical discussion about the historical and political facts that contributed to the modification of the profession. A contextualization of health and social service policy in Brazil is addressed. For this work, bibliographies on the topic were consulted, bringing an assessment of the material already produced, leaving reflections on the historical and political relationship of Social Work with Health in Brazil.

**Key words:** Health Policy, Social Work, Historical and Political Determinants.

### 1. INTRODUÇÃO

Diante da importância da reflexão sobre as bases históricas do Serviço Social e de se fazer a compreensão crítica destas, este trabalho realiza ponderações acerca da relação histórica da Política de Saúde e do Serviço Social no Brasil, abordando as configurações destes a partir da década de 30.

Nesse sentido, expõe-se a relação entre o Serviço Social e a Política de Saúde brasileira trazendo o contexto histórico acerca das determinações que levaram à constituição de ambos.

---

<sup>1</sup> Profissional de Serviço Social, Secretaria Municipal de Saúde de Terra Santa-PA, E-mail: wallacewsb1@gmail.com.

<sup>2</sup> Professor com formação em Serviço Social, Universidade Federal do Amazonas, E-mail: wallacewsb1@gmail.com.

Em se tratando de um ensaio teórico, o trabalho consiste na exposição lógica e reflexiva e em argumentação de interpretação e julgamento do autor, realizando reflexões críticas em cima da temática discutida (SEVERINO, 2000).

Assim sendo, realizou-se pesquisa bibliográfica com aporte teórico sobre a literatura referente ao assunto em questão de modo a melhor examinar o tema sob novo enfoque ou abordagem com vistas a novas conclusões (LAKATOS e MARCONI, 2009).

## **2. CONTEXTUALIZANDO A POLÍTICA DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O SERVIÇO SOCIAL.**

No Brasil, a década de 30 do século XX é emblemática quando nos referimos à emergência das primeiras formas de proteção social em que se destaca o surgimento das ações estatais no campo da saúde. Este período demarca, ainda, o surgimento das primeiras escolas de Serviço Social<sup>3</sup>.

Entende-se que a história da política de saúde brasileira confunde-se em alguma medida com a gênese do Serviço Social no Brasil, pois ambas relacionam-se ao desenvolvimento e aprofundamento do capitalismo em território nacional. Considera-se que, ao passo que as políticas sociais começam a avançar, simultaneamente a esses acontecimentos o Serviço Social também passa a tomar “corpo como profissão”. Dado que “[...] O Serviço Social aparece como profissão, pela institucionalização da assistência. É o componente que o caracteriza e o distingue na divisão social e técnica do trabalho” (BRAVO, 2013, p. 23).

Quanto ao desenvolvimento da Política de Saúde no Brasil, esta apresenta diferentes faces em cada contexto e época. Seus antecedentes referem-se à era Vargas, onde o modelo de saúde era privatista e disponibilizado através de serviços corporativistas. A “Era Vargas”, na década de 30, foi um período onde houve mudanças significativas na Política de Saúde, que já vinha avançando desde o final do século XIX com ações de filantropia.<sup>4</sup>

Para Bravo (2006)

Nos últimos anos do século XIX, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário. No início do século XX,

---

<sup>3</sup> Criadas em São Paulo em 1936 e no Rio de Janeiro em 1937.

<sup>4</sup> De exemplo temos as Santas Casas de Misericórdia.

surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 30 (BRAVO, 2006, p. 2).

Logo, o surgimento da saúde enquanto questão política evidencia-se a partir das ações do Estado brasileiro nos problemas referentes às questões de higiene da população que estava situada nos grandes centros urbanos como o Rio de Janeiro e São Paulo. Envolve as precárias condições sanitárias a que as pessoas estavam submetidas. Dentre estas pessoas, destacam-se os trabalhadores urbanos brasileiros no início do XX (BRAVO, 2006).

Quanto ao Serviço Social, este acompanhara a evolução da saúde na medida em que algumas escolas foram criadas dadas as demandas desse setor, que já dispunha de formação com disciplinas ligadas à saúde.

Com a mudança do ciclo econômico, sistema escravocrata agroexportador para a incipiente industrialização, cuja presença forte do colonialismo permeava as relações sociais, estas passam a se configurar no sistema de trabalho assalariado.

No bojo do aprofundamento das relações sociais de caráter fabril há a necessidade de intervenções nas refrações da “questão social”<sup>5</sup> para as quais as primeiras ações possuem cunho caritativo, filantrópico, assistencialista.

Os agentes responsáveis pela intervenção nessas refrações seriam aqueles com formação peculiar, caso particular do Serviço Social. Pois, considera-se, ainda, que “[...] as origens do Serviço Social estão fincadas na assistência prestada aos pobres, por mulheres piedosas alguns séculos atrás” (ESTEVÃO, 2006, p. 7). Estas mulheres advinham de famílias abastadas, dos proprietários das indústrias cujas ações se voltavam para atenuar o sofrimento dos pobres e trabalhadores no século XIX na Europa.

Estevão (2006) sustenta ainda que:

---

<sup>5</sup> “A questão social resulta da divisão da sociedade em classes e da disputa pela riqueza socialmente gerada, cuja apropriação é extremamente desigual no capitalismo. Supõe, desse modo, a consciência da desigualdade e a resistência à opressão por parte dos que vivem do seu trabalho. Nos anos recentes, a questão social assume novas configurações e expressões, e as necessidades sociais das maiorias, as lutas dos trabalhadores organizados pelo reconhecimento de seus direitos e suas refrações nas políticas públicas, [...] ‘sofrem a influência do neoliberalismo, em favor da economia política do capital’. Esta constatação refere-se à contradição capital x trabalho entendida como a matriz comum das diversas expressões desta questão. (IAMAMOTO, 2008, p. 107).

Desde que existem pobres, há gente que se preocupa com eles. Mas, a partir do surgimento da sociedade capitalista, quando o lucro deixou de ser pecado ou imoralidade, que a preocupação com as 'classes despossuídas' e os problemas sociais e políticos que esta população poderia criar, tornou uma necessidade da burguesia recém-chegada ao poder. Estado e Igreja vão dividir as tarefas: o primeiro impõe a paz política (e com toda violência necessária), a igreja, ou melhor, as igrejas (Católica e Protestante) ficam com o aspecto do social (ESTEVÃO, 2006, p. 10, grifos da autora).

Advêm desse formato as intervenções realizadas pelo Serviço Social herdadas de sua gênese, as quais se davam mediante ações de caráter filantrópico e assistencialista. As práticas se configuravam em atos de caridade, mas no Brasil a formação desses profissionais se dava, ainda, pela oferta de disciplinas relacionadas à saúde, sobretudo, nas décadas de 30 a 45 do século XX (BRAVO; MATOS, 2004) com forte influência europeia nos cursos e na formação profissional.

Com as novas transformações ocasionadas pela industrialização, as novas formas de produção e a concentração de renda foram fatores que ampliaram a denominada “questão social” no Brasil, aumentando a desigualdade social bem como as favelizações e o êxodo rural.

Com esse cenário de agravamento da “questão social”, as expressões radicalizadas desta num Brasil “recém-saído de um processo escravocrata” começavam a ser enfrentadas por meio de greves e mobilizações. Como respostas emergem uma parca e inócua legislação social e logo o boom deste contexto avança forçando historicamente e socialmente os trabalhadores a intervirem com mobilizações. (BEHRING, 2009).

Nesse contexto, evidenciamos a intervenção estatal na saúde ocasionada pelas transformações políticas e econômicas. É o Estado visando cumprir seu papel de manutenção da ordem, interferindo para que o processo de industrialização se processasse com a “contenção” das manifestações da classe trabalhadora. O Estado brasileiro busca intervir nessas questões mediante formas verticalizadas de atenção. Tratava-se, pois, do uso da força, da ação policial.

Conforme Silva Junior e Alves (2007):

Na década de 1920, com o incremento da industrialização no país e o crescimento da massa de trabalhadores urbanos, começaram as reivindicações por políticas previdenciárias e por assistência à saúde. Os

trabalhadores organizaram, junto às suas empresas, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (Caps), regulamentadas pelo Estado em 1923 (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007, p. 98).

A política que regia o atendimento à saúde dos trabalhadores e as formas de viabilização de serviços de previdência social era o Decreto de Lei 4.682/1923, a Lei Eloy Chaves, tida como o marco da previdência social no Brasil.

Esta lei possuía caráter corporativo e de atenção para empregados de empresas que juntos constituíam uma caixa de aposentadoria. Na época uma ferramenta de previdência social, sendo um modelo assistencial privativo que definia a assistência médica e as aposentadorias e pensões apenas dos ferroviários<sup>6</sup>.

A partir desta atuação governamental foram construídos Postos de Saúde e estes realizavam programas para tratar situações de rotina de saúde<sup>7</sup> e campanhas para combater a “bichos” que transmitiam “doenças”, ainda em uma concepção de saúde sem levar em conta processos sociais, econômicos ou culturais.

Antes das ações estatais, as alternativas para lidar com a manifestação de doenças estavam nos auxílios prestados pelos conhecimentos populares (curandeiros) e o uso dos recursos da natureza (da terra) pela população (POLIGNANO, 2000). Além de iniciativas filantrópicas, já sinalizadas, da Igreja Católica (Santas Casas de Misericórdia).

Contudo, em se tratando das da atenção à saúde mediadas pelo Estado, onde as Caps desempenhavam um papel central, estas foram transformadas no governo de Getúlio Vargas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), e outras categorias de trabalhadores aderiram, como os comerciários, bancários, servidores do Estado, carregadores de transportes e cargas.

Mas essa alteração foi um modelo que abarcava para além dos beneficiados pela lei Eloy Chaves, ela teve ganhos estendidos a vários trabalhadores brasileiros:

O que antes era CAP de uma determinada empresa passou a ser um Instituto de Aposentadoria e Pensão de uma determinada categoria profissional [...] Cada instituto dispunha de uma rede de ambulatórios e hospitais para

---

<sup>6</sup> A Lei Eloy Chaves definia apenas a previdência social para os trabalhadores das estradas de ferro do País, outras categorias só foram inseridas mais tarde.

<sup>7</sup> Serviços de pré-natal, vacinas, atendimentos simples e curativos.

assistência à doença e recuperação da força de trabalho. (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007, p. 56)

Estava assim a intervenção estatal daquela época, tendo a Política Nacional de Saúde duas subdivisões, a medicina previdenciária para quem estava vinculado aos programas de previdência e a medicina pública com caráter de condições sanitárias mínimas no meio urbano e restrita no campo. (BRAVO 2006).

As instituições de saúde já eram campos de espaço sócio ocupacional do Serviço Social, levando o profissional da época a fazer trabalhos apenas de orientação médica e contribuindo nos serviços menos complexos da área da saúde.

Mas, como ficariam os trabalhadores rurais? E mesmo aqueles da área urbana que não conseguiam estar incluídos nesse sistema de atendimento de previdência e saúde? Para estes, ficava disponível o serviço público de saúde através de campanhas sanitaristas de combate a endemias baseados no atendimento médico curativo. Quanto aos trabalhadores do campo, esperaram até a década de 60 e passaram a ser atendidos com a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural pela Lei 6.214 /1963 (BRAVO, 2006; 2013).

À população que não podia dispender recursos para atender suas demandas por saúde, os serviços públicos de saúde passaram a atender considerando-se algumas medidas. Conforme Braga e Paula (1986, p. 53-55) apud Bravo (2006), na década de 30 a 40 foram realizadas:

- 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.

Estas ações ainda não conseguiam resolver os problemas de saúde enfrentados pelos segmentos mais baixos da população, pois neste período a industrialização do país já estava mais avançada, logo aumentavam as expressões da “questão social”.

Sobre a relação política de saúde e o Serviço Social, esta se dá embrionariamente, sobretudo, durante a 2ª Guerra Mundial (1939-1945), com a expansão da economia industrializada. Percebe-se também que nesse primeiro momento a política nacional voltada para a assistência social foi influenciada pela também política assistencialista dos Estados Unidos, isso por que: “[...] os assistentes sociais brasileiros passaram a defender o ensino e a profissão nos Estados Unidos, pois compreendiam que a estes fatores neste país haviam atingido um grau superior aos demais [...]” (BRAVO; MATOS, 2004).

Os serviços de assistência médica ainda chegaram aos anos 50 executados pelo serviço público aos que dele precisavam e as IAP’s aos seus previdenciários, mas já havia um movimento em prol da reforma privatista<sup>8</sup>, pois alguns serviços, mesmo sendo parcos, já eram solicitados dos atendimentos médicos privados (PINHEIRO, 2004).

Na década de 50 já fica forte a dualidade entre um projeto democrático dos serviços de saúde, ainda fraco, e um projeto de privatização do direito a saúde, essa situação rebate no serviço social, reforçado com a nova conceituação de saúde, estabelecido em 1948 pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>9</sup>.

Como na área da saúde já se trabalhavam questões de cunho biopsicossociais, a solicitação de outros profissionais além das áreas biológicas/saúde já eram chamados para um trabalho de cunho interdisciplinar (BRAVO, 2013). Desta forma, o campo da saúde já necessitava de profissionais com uma qualificação voltada para o social. É o caso dos Assistentes Sociais.

O modelo médico assistencial realizado pelas IAP’s ainda foi forte até a década de 60, porém em função da conjuntura que irá ser legitimada com o Golpe Militar de 1964, alguns retrocessos serão dados nas conquistas da área da saúde.

Dava-se, portanto, o apoio às privatizações dos serviços de saúde no setor público e na previdência, emergindo uma medicalização da vida social (BRAVO, 2006). Forçando o sistema de saúde brasileiro a se adequar ao sistema capitalista internacional.

---

<sup>8</sup> Movimento dos defensores da privatização dos serviços de saúde

<sup>9</sup> Apresentado na Carta de Princípios da OMS em 7 de Abril de 1948 (Desde então dia mundial da saúde)

Este cenário se perpetuou e não deu certo para responder as questões sociais da época, porém foi um período de revisão interna das práticas de atuação do Serviço Social, onde já havia na própria categoria questionamentos à ordem hegemônica.

Neste período o Serviço Social sofre um processo de modernização e este processo vai ser repercutido na sua prática na área da saúde.

O Serviço Social na saúde vai receber as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária – maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios (BRAVO; MATOS, 2006, p. 6).

Portando, a perspectiva modernizadora, que reitera as práticas conservadoras sob novas formas/moldes está presente em várias áreas de atuação do Serviço Social. Este processo de modernização se legitima no Serviço Social durante a década de 60, pois ficava mais adequado ao modelo político-econômico vigente da época (Ibid).

Mas, em razão da crise capitalista que se instaurou durante o período ditatorial civil militar e o aprofundamento das reflexões advindas da aproximação da categoria às ciências sociais, os questionamentos ao regime autocrático e às práticas conservadoras já ganhavam força dentro do Serviço Social que tenderia para a *direção de intenção de ruptura* (Ibid) com o conservadorismo na profissão.

Advoga-se que dada a criação do Código de Ética de 1986, com as primeiras aspirações voltadas para uma mudança nas práticas até então empreendidas, inicia-se um processo que mais tarde viria se refletir num compromisso ético-político junto à classe trabalhadora, resultado das investigações acerca da natureza do Serviço Social empreendidas duas décadas atrás.

Por outro lado, é importante ser ressaltado o debate no âmbito da saúde, fomentado pelas Conferências Nacionais da Saúde, tendo resultado na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório contribui para a realização de práticas democráticas na saúde<sup>10</sup>. Foi com base no relatório final da VIII Conferência Nacional

---

<sup>10</sup> No contexto da saúde ganha expressão os movimentos sociais por sua democratização com acesso universal. Particularmente, há destaque para o Movimento da Reforma Sanitária que emergira a partir da segunda metade da década de 70 do século XX. Tal movimento fora: [...] composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde, que propôs a Reforma Sanitária e a implantação do SUS. Instituições acadêmicas e sociedades científicas, como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), entidades comunitárias, profissionais e sindicais, constituíram um movimento social na segunda metade da década de 1970, defendendo a



de Saúde que se consubstanciou a introdução do direito à saúde na Constituição Federal de 1988.

No contexto da saúde, estas questões tiveram repercussão com embates políticos, pois mesmo durante e até após a promulgação da Constituição Federal de 1988, houve uma polarização entre os dois blocos antagônicos (BRAVO, 2006). Trata-se de um lado, da defesa da privatização da saúde e de outro o plano da Reforma Sanitária com a universalidade do acesso na perspectiva do direito de todos e dever do Estado.

Bravo e Matos (2004, p. 36) explora esta questão com rigor ao afirmar a correlação de forças existentes no campo da saúde com destaque para os “[...] dois projetos [que] convivem em tensão: o projeto da reforma sanitária, [...] e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 90”.

Há que se considerar que a Reforma Sanitária ganhara força tanto com as mobilizações sociais, como por aparatos legais institucionalizados a exemplo das Conferências de Saúde e de audiências acerca da questão.

Destarte, o Serviço Social retoma sua agenda de mudança e como resultado desses processos advém em 1993 o Código de Ética Reformulado e em 1996 a Lei de Regulamentação da Profissão e as Novas Diretrizes Curriculares basilares para contínua construção do Projeto - Ético Político Profissional.

### **3. A LEGITIMIDADE, A ORGANIZAÇÃO POLÍTICA E INSTITUIÇÕES QUE RESPALDAM O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE**

Como visto anteriormente, a literatura aponta que houveram alterações no cenário nacional e internacional que demandaram a inserção de profissionais vinculados à área social para atuarem no âmbito das políticas de saúde. No Brasil:

a situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50, 56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral (BRAVO, 2006, p. 05)

---

democratização da saúde e a reestruturação do sistema de serviços. Trata-se da RSB, também conhecido como movimento sanitário ou movimento pela democratização da saúde (PAIM, 2009, p. 40)

Países considerados periféricos com problemas sociais, onde parte da população vivia em condições de direitos sociais violados como: moradias inadequadas à habitação saudável, sem saneamento básico dentre outros, foi um espaço que se abriu para que a área do Serviço Social viesse se consolidar como profissão nessa área. Em países assim o profissional de serviço social atuou em programas prioritários.

Nesse sentido:

[...] o assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: de plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária (BRAVO; MATOS, 2004, p. 29).

Entre os anos de 1974 a 1979, durante a Ditadura Militar, o Serviço Social passou no entendimento de Silva (2013) por um processo organizativo. Assim, aconteceram debates com temáticas específicas sobre o papel do Estado frente às políticas sociais e da profissão nesse contexto. Debates acumulados das décadas precedentes. Avançando-se para a década de 1980. Conforme Bravo e Matos (2004, p. 34):

Num balanço do Serviço Social na área da saúde dos anos 1980, mesmo com todas essas lacunas no fazer profissional, observa-se uma mudança de posições, a saber: a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 1985 e 1989; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS)<sup>11</sup> para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde (BRAVO; MATOS, 2004, p. 34).

Assim, durante a década de 1980, consolida-se uma reviravolta quanto à relevância dos serviços em saúde e demais políticas sociais reconfiguração que tem como marco a Constituição Federal de 1988. “Saúde é direito de cidadania e dever do Estado”.

---

<sup>11</sup> “ANAS - Associação Nacional dos Assistentes Sociais, entidade atualmente desativada, que congregava os Sindicatos de Assistentes Sociais do país, CFAS - Conselho Federal de Assistentes Sociais, denominada desde 1993 como Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). ABESS - Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social, designada desde 1997 como Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) (BRAVO; MATOS, 2004, p. 35).

Essas repercussões deram base para o reconhecimento do Assistente Social como profissional da Saúde. Assim, após a criação do SUS, na década de 1990, o Serviço Social passa a ter reconhecimento no aparato normativo como evoca a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 218/1997 ao considerar que:

[...] a 8ª Conferência Nacional de Saúde concebeu a saúde como “direito de todos e dever do Estado” e ampliou a compreensão da relação saúde/doença como decorrência de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário de todos aos serviços de promoção e recuperação da saúde, colando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social (BRASIL, 2016 [1997]).

Inserir o Assistente Social como profissional da área da saúde ao lado de outros profissionais<sup>12</sup>

O protagonismo do conjunto CFESS/Cress tem sido fundamental quanto ao desenvolvimento das ações nos campos de atuação na área da saúde. Sejam ações de ordem “individuais” e/ou em equipes considerando-se os princípios norteadores inerentes ao Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social. Logo, nos casos em que a atuação deve se realizar por meio de equipes profissionais a categoria profissional destaca que:

[...] a atuação em equipe, portanto, vai requerer do assistente social a observância dos seus princípios ético-políticos, explicitados nos diversos documentos legais (Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão, ambos datados de 1993, e Diretrizes Curriculares da ABEPSS, datada de 1996) (CRESS, p. 46).

Portanto, na área da saúde a atuação do profissional de Serviço Social, cujas dimensões do seu trabalho são de vital importância, deve coadunar-se com qualidade requerida ao acesso às ações e serviços em saúde pública em consonância com os princípios supra referidos reforçando a legitimidade do serviço social na área da saúde.

#### **4. CONCLUSÃO**

---

<sup>12</sup> De acordo com a Resolução 218 de 1997, o CNS reconhece como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: 1. Assistentes Sociais; 2. Biólogos; 3. Profissionais de Educação Física; 4. Enfermeiros; 5. Farmacêuticos; 6. Fisioterapeutas; 7. Fonoaudiólogos; 8. Médicos; 9. Médicos Veterinários; 10. Nutricionistas; 11. Odontólogos; 12. Psicólogos; e 13. Terapeutas Ocupacionais.

A conquista da saúde como um direito universal é fruto de lutas sociais travadas no Brasil durante o século XX, logo uma conquista da classe trabalhadora que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tendo seus bens e serviços previstos no texto Constitucional para ser operacionalizado de forma disciplinada pela Lei com limitações.

Compreender esse processo histórico e político, enquanto determinantes da relação Serviço Social-Política Pública de Saúde, influencia o pensar e o agir do profissional, daí a importância deste debate ser realizado constantemente pela categoria, com reflexões críticas sobre o passado e a atualidade do Serviço Social brasileiro e de sua relação com a saúde pública. Um debate sobre a saúde enquanto direito social, conquista da classe trabalhadora e suas implicações na história, na formação e na prática profissional dos assistentes sociais no Brasil.

Vimos que o Serviço Social, ao longo de seu processo sócio histórico de constituição, manteve relação com o campo da saúde. Desde a criação das primeiras Escolas de Serviço Social, constata-se certa aproximação da nascente categoria profissional com as questões afeitas à saúde. A formação inicial já contava com algumas disciplinas relacionadas à saúde.<sup>8</sup>

Assim, conhecer esse processo, bem como, a renovação da profissão e seu debate com a saúde pública no Brasil, oportuniza visualizarmos formas diferenciadas de intervenção de modo a melhor apreender o processo social, e cultural, que permeia a vida dos usuários dos serviços de saúde. A produção e a socialização de conhecimento sobre a relação da profissão com a Política de Saúde, ou com as demais políticas sociais, que se constituem como espaços sócio ocupacionais para a profissão, tendem a consolidar a legitimidade profissional, tanto no campo acadêmico no processo de formação, quanto no meio profissional com a formação continuada e permanente. Ademais, o processo histórico da Reforma Sanitária e do *Movimento de Reconceituação do Serviço Social*, como visto anteriormente, embora tenham ocorrido sob os mesmos cenários políticos e tivessem em suas lutas as pautas por práticas democráticas, ambos aconteceram de forma isolada sem um debate em conjunto (BRAVO; MATOS, 2004).

## REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política social: Fundamentos e história**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. 2. ed. São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: SERVIÇO Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Rio de Janeiro, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Ana Elizabete Mota [et al] (org.). 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e Projeto Ético- Político do Serviço Social: Elementos para o Debate. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Orgs). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CRESS. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Conselho Regional de Serviço Social – CRESS, 6º Região. 3. ed. Belo Horizonte: CRESS, 2004 (Coletânea de Leis).

ESTEVIÃO, Ana Maria R. **O que é Serviço Social**. 6. ed. (1992). São Paulo: Brasiliense, 2006. (Coleção primeiros passos; 3).

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2008.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009

PAIM et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: \_\_\_\_\_ **The Lancet: Saúde no Brasil** (2011). Disponível em <[www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)>. Acesso em: 8 out. 2015 p. 11-31.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).

PINHEIRO, V. Reforma da previdência: uma perspectiva comparada. In: GIAMBAGI, F; REIS, J.G.; URANI, A. **Reformas no Brasil: Balanço e agenda**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira 2004.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. História das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão. In: CURY, G. E. et al. **Cadernos do Internato Rural**. Depto de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. BH. 2000.

SCHUCH, Noemia. **Educação em saúde para a doação de sangue: o impacto do projeto escola nas doações de sangue realizadas no HEMOSC de Florianópolis**. Trabalho de conclusão de curso. Florianópolis: UFSC, 2007.

SEABRA, Nuely Fátima. **Trabalho Profissional do Assistente Social e Política Pública: a atuação na política de assistência social em Chapecó.** 2003. 156f.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico.** 21. ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 2000.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos assistenciais em saúde. *In*: MOROSINI MVGC, CORBO ADA (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.P. 27-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>  
Acesso em: 30 de agosto de 2016, 21:01:20

SILVA, Jéssica Caroline Medeiros. **O trabalho do Assistente Social no Sistema Único de Saúde.** Faculdades Integradas “Antônio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente-SP, 2013.