



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: Trabalho, questão social e serviço social

AS CONTRIBUIÇÕES DOS/DAS ASSISTENTES SOCIAIS NA PRODUÇÃO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE EM UMA UNIDADE DE MÉDIA COMPLEXIDADE EM NATAL/RN

Ivaneide Duarte de Freitas¹

Marizeth Antunes Barros²

Cláudia Roseane Pereira de Araújo Capistrano³

Resumo: Este artigo pretende refletir de maneira sucinta sobre a práxis do Serviço Social na Saúde Pública. O objetivo do estudo é analisar as contribuições dos/das assistentes sociais no processo de produção de saúde em uma unidade de média complexidade em Natal/RN. A metodologia utilizada foi pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo com abordagem qualitativa, fundamentado na teoria social crítica. Os resultados apontam para desenvolvimento histórico da Política de Saúde a partir da Carta Magna de 1988 que imprime a saúde um caráter de direito gratuito e universal. Conclui-se que as assistentes sociais produzem saúde sim, a partir do momento que asseguram o acesso dos usuários aos serviços de assistência, ao promoverem capacitações com os demais profissionais, ou quando fazem encaminhamentos para outras políticas sociais, e principalmente quando buscam empoderar os usuários sobre os seus direitos contribuindo para o controle social.

Palavras-Chave: Serviço Social. Produção de Saúde. Média Complexidade.

Abstract: This article aims to reflect briefly on the practice of Social Work in Public Health. The objective of the study is to analyze the contributions of / of social workers in the health production process in a unit of medium complexity in Natal / RN. The methodology used was bibliographical research and field research with a qualitative approach, based on critical social theory. The results point to the historical development of health policy from the Magna Carta 1988 print health a character of free and universal right. We conclude that social workers produce health yes, from the moment that ensure users' access to support services, to promote training with other professionals, or when they make referrals to other social policies, especially when they seek to empower users about their rights contributing to social control.

Keywords: Social Service. Health production. Average complexity.

01. INTRODUÇÃO

A pesquisa ora apresentada coloca-se como um breve ensaio diante da imensa complexidade que envolve o Serviço Social e a Produção de Saúde, cujos aspectos jamais se esgotariam nessas resumidas linhas. O estudo é fruto das experiências de estágio supervisionado em Serviço Social e pretende ampliar a discussão sobre um tema ainda pouco explorado na literatura profissional.

¹ Profissional de Serviço Social, Estácio Natal/RN, E-mail: ivaneideduarte87@hotmail.com.

² Professor com formação em Serviço Social, Estácio Natal/RN, E-mail: ivaneideduarte87@hotmail.com.

³ Professor com formação em Serviço Social, Estácio Natal/RN, E-mail: ivaneideduarte87@hotmail.com.

A política de saúde passou por inúmeras transformações e avançou significativamente no que se refere ao marco legal. Esses avanços possibilitaram um novo olhar sobre o trabalho em saúde e demandaram novos direcionamentos as ações profissionais.

Analisar as contribuições dos/das assistentes sociais na produção de saúde implica compreender que a concepção de saúde vai além da simples ausência de doenças, e que esse processo perpassa por questões econômicas, sociais, culturais e até mesmo políticas. Os/as assistentes sociais colocam-se como peça chave na construção desse processo, justamente por assumirem lugares estratégicos, tanto na construção de políticas públicas, como na viabilização do acesso aos serviços de saúde.

A fim de compreender melhor o fazer profissional na saúde buscou-se responder os seguintes questionamentos: Como se deu a inserção do Serviço Social na Política de Saúde? Quais as transformações sócio-históricas que ocorreram na atuação profissional no âmbito da saúde? De que forma os/as Assistentes Sociais contribuem para a produção de saúde no nível de média complexidade?

Nesse sentido, o texto encontra-se estruturado em dois eixos: no primeiro discorre-se sobre os aspectos históricos que possibilitaram a atuação profissional dos/das assistentes sociais na política de saúde, relatando tanto as transformações na própria política, bem como no interior da categoria profissional a partir de novos direcionamentos desenhados sob uma nova vertente teórica; no segundo item adentramos no espaço da produção de saúde, relatando as experiências profissionais e as percepções das assistentes sociais nesse processo, confrontando os relatos com as ideias de autores que já teorizaram sobre o tema.

Para a preservação do sigilo, as falas aqui apresentadas serão identificadas com nomes fictícios, tendo em vista resguardar a identidade dos sujeitos da pesquisa obedecendo aos princípios éticos que resguardam as pesquisas realizadas com seres humanos.

2. A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE E AS TRANSFORMAÇÕES SÓCIO-HISTÓRICAS DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

O Serviço Social é uma profissão que se inclui na coletividade de profissões inseridas na divisão social e técnica dos processos de trabalho em saúde. Portanto, e conforme a resolução n.º 218, de 06 de março de 1997, o/a assistente social é um/uma profissional de nível superior reconhecido/a como profissional de saúde.

Contudo, a atuação profissional na política de saúde iniciou-se de forma tímida e limitada, passando a ter maior ênfase apenas a partir de 1945, após a Segunda Guerra Mundial. Conforme Bravo e Matos (2009), a conjuntura histórica na qual se gesta o aprofundamento do capitalismo, cujo crescimento desestruturado de centros urbanos é resultante do aumento desenfreado de epidemias, principalmente em grandes cidades como São Paulo e Rio de Janeiro, favorece preponderantes à ampliação da atuação profissional no âmbito da saúde.

A partir de então, este espaço sócio-cupacional tornando-se o setor de maior absorção de assistentes sociais em todo mercado de trabalho. Todavia, essa ampliação não ocorreu de forma casual, mas devido a mudanças históricas relacionadas ao conceito de saúde, que nesse momento passa a ser observado sobre outra ótica, dando destaque aos aspectos biopsicossociais.

Pesquisas realizadas por Matos (2013) apontam que na gênese da medicina os processos saúde e doença se davam apenas entre médico e pacientes, com enfoque em medidas curativas. Contudo, o surgimento de hospitais, responsáveis pela institucionalização dos procedimentos de atenção a saúde, trazem a necessidade de novos profissional para compor e que hoje chamamos de equipe multiprofissional de saúde.

Desse modo, as transformações e ampliações no conceito de saúde/doença juntamente com a institucionalização da atenção demandaram um leque de profissionais para atuarem na Política de Saúde, dentre os quais se incluem os assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos entre outros. De acordo com Bravo e Matos (2009), nesse contexto histórico o/a assistente social tinha sua prática voltada para questões educativas sobre hábitos de higiene e saúde com vistas à prevenção, atuando apenas com um público seletivo.

A inserção do Serviço Social nos serviços de saúde se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico. Assim, o assistente social foi identificado (em conjunto com outras profissões, no contexto de

cooperação vertical) como aquele que poderia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico (MATOS, 2013, p. 57).

Conforme as reflexões de Casimiro (2008) e Matos (2013), o Serviço Social assim como as demais áreas que surgiram para atuar no setor da saúde, aparecem no cenário brasileiro como áreas de complemento para dar suporte ao médico, considerado o saber maior e ator principal da Política de Saúde. Segundo os autores os demais profissionais desenvolveriam as atividades que os médicos não queriam ou não poderiam fazer.

A partir do exposto pode-se depreender a verticalidade existente entre as profissões atuantes na área de saúde desde a década de 1940, expressando assim os traços de subalternidade do/da assistente social e de outros profissionais, anteriormente vistos como profissionais subordinados e ajudantes dos médicos. Essa visão deturpada da realidade traz reflexos culturais negativos que se expressam até os dias atuais.

Conforme as pesquisas de Bravo e Matos (2009), a atuação profissional do Serviço Social nessa conjuntura se dá principalmente nas unidades hospitalares, onde os/as assistentes sociais atuam como uma espécie de elo entre os usuários e as instituições, viabilizando aos primeiros o acesso aos serviços de saúde.

No entanto, até então, os profissionais não trabalhavam na perspectiva de garantia de direitos da população, visto que, nessa época só tinha direito a saúde e aos demais benefícios previdenciários os trabalhadores contribuintes que tivessem carteira de trabalho assinada, demonstrando assim o caráter excludente da política de saúde nesse contexto.

Conforme Bravo (1996 apud Matos, 2013), nessa conjuntura “A intervenção do assistente social era baseada no atendimento, com recursos à metodologia do Serviço Social de Casos.” Ou seja, tendo como base teórica de atuação profissional o funcionalismo. Os assistentes sociais pautavam sua intervenção sob a compreensão de que os usuários eram culpados pelos problemas vividos, desse modo, a mudança de hábitos era a chave para que estes pudessem modificar sua situação de vida.

Apesar dos assistentes sociais atuarem na saúde desde a década de 1940, foi apenas a partir de 1980, em um contexto em que à saúde passa a ser vista como um direito de todos e dever do Estado mediante o marco legal da Constituição

Federal de 1988, que o Serviço Social passava a ter uma aproximação com a teoria marxista, a qual é responsável por dar novos direcionamentos atuação profissional, dando início ao que Netto (2009a) vai chamar de perspectiva de Intenção de Ruptura⁴.

Na perspectiva de Intenção de Ruptura há uma proposta de se romper com o conservadorismo historicamente entranhado na profissão, tornando-se hegemônica dentro do corpo profissional um Projeto Ético-Político embasado na Lei 8662/93 nas diretrizes curriculares da ABEPSS e no Código de Ética Profissional. Segundo Netto (2009b), esse projeto, cujas bases se centram na busca pela ampliação da cidadania e emancipação dos sujeitos sociais, tem sua consolidação na década de 1990.

Portanto, foi a partir da mudança de pensamento de um grande contingente de profissionais, envoltos em uma conjuntura que dá as bases para o seu reconhecimento enquanto classe trabalhadora, que o Serviço Social passa a ter uma maior aproximação com o projeto de reforma sanitária, o qual propõe a democratização da saúde como direito de todos e dever do Estado.

O projeto de reforma sanitária solicita a contribuição do Serviço Social em questões ligadas ao acesso aos serviços de saúde, à busca de estratégias para aproximar as ações em saúde da realidade, ao trabalho interdisciplinar, à ênfase nas abordagens grupais com vistas a atender o maior número de pessoas possível, ao acesso democrático às informações e ao estímulo à participação popular. (LANZA; CAMPANUCCI; BALDOW, p.216, 2012).

Entretanto, paralelo ao projeto de Reforma Sanitária existe o projeto privatista pactuado pelos grandes empresários do setor de saúde, este se fundamenta na privatização e mercantilização dos serviços de saúde, imprimindo uma visão mercadológica sobre saúde. Não obstante, na década de 1990, também adentra no cenário brasileiro a ofensiva neoliberal remodelando a ação do Estado frente às políticas sociais.

De acordo com Castro e Oliveira(2011, p. 28), “A partir dos anos de 1990, com a solidificação do neoliberalismo no Brasil, a proposta de saúde construída na década de 1980 com o movimento de Reforma Sanitária sofreu grandes ataques”. Assim como as demais políticas sociais a Política de Saúde passa a ser vista como fonte de gastos excessivos e desnecessários para o Estado. Paralelo a esse

⁴ Sobre a perspectiva de intenção de ruptura, ver Neto (2009a, cap. 2.5).

movimento, o Serviço Social ao mesmo em que está consolidando um Projeto Ético-Político profissional, que se direciona na busca pela ampliação e efetivação dos direitos sociais, depara-se com um novo cenário desconstrução dos mesmos.

Nessa conjuntura há uma ampliação do espaço sócio-ocupacional do Serviço Social na saúde e a ampliação da divisão sociotécnica do trabalho que acabam por trazer novas atribuições para o profissional no ambiente institucional, causando certa tensão na realização da prática profissional, sobretudo na dificuldade de distinguir o que é ou não atribuição profissional na produção dos serviços de saúde.

As transformações sócio-históricas influenciam de forma significativa na prática profissional do assistente social. Ao fazer uma análise histórica sobre a profissão, desde os fundamentos até os dias atuais, nos deparamos com uma série de transformações nas atribuições profissionais, compreendidas como frutos das transformações sociais. A esse respeito Netto salienta que:

Um mercado não se estrutura para o agente profissional mediante as transformações ocorrentes no interior do seu referencial ou no marco de sua prática; antes, estas transformações expressam exatamente a estruturação do mercado de trabalho”, posto que uma profissão não “se constitui para criar um dado espaço na rede sócio ocupacional, mas é a existência deste espaço que leva à constituição profissional” (NETTO, 1992b, p. 68 apud COSTA, 2009, p.305).

Nesse sentido, é o mercado de trabalho que determina a necessidade profissional, sendo necessário observar que a atuação do/da assistente social não se dá de forma solta, mas a partir de condições objetivas, que se expressão na submissão a um conjunto de determinações inerentes ao trabalho assalariado na sociedade capitalista, ou seja, a subordinação do trabalho as necessidades das entidades empregadoras (COSTA, 2009).

Esta subordinação da prática profissional, inerente às relações de trabalho na sociedade capitalista, tem se confrontado com as ideias profissionais sobre o dever ser da profissão. A partir dessa análise, Costa (2009) salienta que a não consideração desse processo de subordinação, aliada a uma frágil discussão sobre as particularidades da prática profissional na saúde, interferem diretamente na tensão entre exigências de mercado e idealização profissionais a cerca de suas ações profissionais no ambiente institucional.

Assim, considera-se que a superação da subordinação da prática profissional, no que diz respeito as demais profissões inseridas nos processos de trabalho em

saúde, em especial ao saber do médico, só será possível a partir da superação do modelo hospitalocêntrico voltado para cura das doenças. Portanto, se faz necessário por em prática a ênfase na prevenção das doenças a partir da criação políticassociais e econômicas que possam interferir de forma direta e efetiva nos determinantes sociais de saúde da população, reduzindo as desigualdades sociais.

3. A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO DE PRODUÇÃO DE SAÚDE.

No âmbito da saúde a assistente social é uma profissional capacitada, cuja formação, apesar de não ser específica da área da saúde, a possibilita a atuar nos três níveis de assistência e atenção à saúde, sendo estes classificados em nível primário, secundário e terciário. Essa divisão se fundamenta no princípio da hierarquização do SUS.

Nos três níveis de complexidade o trabalho profissional incide sobre a produção de saúde, que compreende a totalidade das ações que visam à prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Portanto, o trabalho profissional tem a função coparticipativa de corroborar com a articulação entre as diversas políticas sociais e econômicas que envolvem o processo saúde/doença.

Desse modo, a atuação profissional se dá a partir do enfrentamento das diversas expressões da questão social na área da saúde, reflexos das desigualdades sociais inerentes ao sistema capitalista de produção. Nesse sentido, o CFESS (2009) aponta que o/a assistente social trabalha em uma perspectiva totalizante, com base na identificação dos determinantes sociais de saúde da população que está intrinsecamente ligada ao contexto social, econômico e cultural do indivíduo.

Nesse viés, o/a assistente social juntamente com a coletividade de trabalhadores de saúde tem um papel fundamental e ao mesmo tempo desafiador no que diz respeito à produção de saúde, visto que, para além da sistematização e acesso aos serviços de saúde, se faz necessário promover a articulação entre as diversas políticas públicas, com vistas à construção de ações integrais e resolutivas que respondam as reais demandas dos usuários.

Contudo, Costa (2009) sinaliza que na esfera da produção de saúde os trabalhadores e/ou produtores de saúde não são os únicos responsáveis por esse processo, pois na saúde essa produção se dá de forma diferenciada dos demais ramos de produção de serviços, visto que os usuários (consumidores) participaram ativamente desse processo de concretização e produção, sendo estes coparticipantes responsáveis pelo produto e/ou resultado final, ou seja, a saúde.

Em sintonia com as análises acima elencadas, o Ministério da Saúde aponta que para se produzir de saúde se faz necessário atuar sobre um conjunto de fatores intrinsecamente ligados às desigualdades sociais, políticas e econômicas.

[...] a produção de saúde decorre da articulação de dois componentes estratégicos: 1) a organização de políticas públicas que distribuam renda, direta e indiretamente, por meio do desenvolvimento sustentável; 2) a garantia de acesso a serviços e ações integrais. Ações integrais correspondem à combinação e à articulação entre medidas de promoção e prevenção com as de cura-reabilitação. A sinergia entre essas ações deve resultar na oferta de práticas de saúde resolutivas e de qualidade aos cidadãos e à sociedade. (BRASIL, 2009, p. 11).

Nesse sentido, o/a assistente social assume um lugar estratégico, tanto por estar envolvido na construção e organização de políticas sociais e públicas, como por estar inserido na ponta dos serviços de saúde, contemplando assim tanto a viabilização da acessibilidade dos usuários aos serviços de assistência, bem como, dando os norteamientos correlacionados a outras políticas sociais que visam diminuir as desigualdades sociais inerentes ao processo de adoecimento.

3.1 Um olhar sobre a produção de saúde em uma instituição de média complexidade em Natal/RN.

Em entrevista realizada com quatro assistentes sociais inseridas em uma unidade de saúde de média complexidade em Natal/RN, pode-se observar a percepção das profissionais no que se refere às suas contribuições para o processo de produção de saúde. Vejamos a seguir alguns de seus relatos:

Conforme (Margarida) *“A partir do momento que o Serviço Social se envolve com a demanda do serviço e do usuário já tá numa colaboração grande, [...] tem que se envolver com os dois lados, com a Instituição e também com o usuário”*. De acordo com a assistente social, as contribuições do Serviço Social no processo de

produção de saúde ocorrem de forma bilateral, em outras palavras, a entrevistada coloca em evidência o caráter mediador da profissão.

Nessa perspectiva, Mota e Amaral sinalizam que,

[...] a principal tarefa posta para o Serviço Social, na atual conjuntura, é a de identificar o conjunto das necessidades (políticas, sociais, materiais e culturais), quer do capital, quer do trabalho, que estão subjacentes às exigências de sua refuncionalização. (MOTA; AMARAL, 2010, p. 26).

Obviamente que quando se trata das necessidades do capital e do trabalho, coloca-se na agenda profissional um jogo de interesses completamente contraditório e contraposto. Contudo, as relações entre capital e trabalho são inerentes, e o Serviço Social se encontra justamente na mediação desses conflitos de interesse, cabendo a este profissional a tarefa quase que inalcançável de atenuar os conflitos de classe⁵.

Os relatos sobre produção de saúde seguem afirmando que,

As intervenções com os usuários, inclusive até junto aos profissionais, as ações socioeducativas principalmente, elas fazem com que a gente possa contribuir nesse processo de produção de saúde na média complexidade. [...] para que a gente possa empoderar esse usuário ou essa usuária, toda essa intervenção deve ser feita como um direito e não como benesse, favor ou privilégio. (Jasmim, 2015).

A assistente social supracitada relata que na instituição o setor de Serviço Social promove palestras de aperfeiçoamento e educação em saúde, abordando temas como: direito dos usuários no SUS, humanização no atendimento, atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica, entre outros temas sociais relevantes, que possam vir a contribuir para a ampliação do conhecimento e empoderamento dos usuários e dos trabalhadores da unidade.

As ações socioeducativas fazem parte, historicamente, da gama de instrumentos técnico-operativos utilizados pelos assistentes sociais no seu cotidiano de intervenção profissional e têm como referencial para sua aplicabilidade os direcionamentos ético-político e teórico-metodológico da profissão. É a partir dessas ações que os profissionais têm, de forma mais ampla, a oportunidade de fortalecer o

⁵ Cabe ressaltar que na perspectiva dialético-críticas os conflitos de classe são historicamente inerentes ao modo capitalista de produção. E o Serviço Social, de modo hegemônico, tem um posicionamento ético-político direcionado na defesa intransigente dos direitos sociais em sintonia com a luta da classe trabalhadora.

controle social, através do empoderamento dos sujeitos, mediante a perspectiva de luta por direitos e ampliação dos mesmos.

Nesse sentido, Vasconcelos (2009) ressalta que é imprescindível aos assistentes sociais, nas unidades de saúde, criar e dinamizar espaços coletivos para democratização de informações, os quais superem a lógica do acolhimento e apoio, e tornem-se verdadeiros espaços de reflexão crítica e construção coletiva de conhecimento.

Ora! Como já relatado anteriormente, se a produção de saúde é um processo partícipe entre os diferentes atores envolvidos nesta ação, nada mais relevante que ações socioeducativas que revelem tanto o conhecimento das enfermidades dos usuários sob uma ótica multiprofissional, como também, o desvelamento sobre os determinantes de sua situação de vulnerabilidade configurados em enfermidades de saúde.

Nessa perspectiva, (Rosa) aponta que a produção de saúde se expressa em *“estar orientando sobre os direitos e os deveres, e estar facilitando o acesso aos serviços que agente não tem na Unidade”*. (Jasmim) acrescenta ainda que, ao *“encaminha para a rede de outras políticas, não só a de saúde, a gente está contribuindo para a produção de saúde, a meu ver”*.

De acordo com os depoimentos das assistentes sociais supracitadas, coloca-se, pois, na fala da primeira entrevistada a importância da atuação profissional no que se refere às ações de referência e contrarreferência nas instituições de média complexidade em saúde. Já na fala da última, evidencia-se a importância do caráter generalista da formação profissional, em que conhecer as demais políticas sociais torna-se fundamental para se efetuar os devidos encaminhamentos, já que as questões de saúde perpassam por questões sociais, econômicas, políticas e culturais.

As falas das assistentes sociais vão ao encontro dos levantamentos bibliográficos sobre produção de saúde, pois a qualificação profissional, orientação e encaminhamentos dos usuários são quesitos que englobam a garantia de acesso de qualidade aos serviços e ações integrais de saúde, inclusive quando se faz o encaminhamento para outras políticas sociais, visto que, estas possibilitam reduzir as disparidades sociais resultantes do processo de adoecimento.

As assistentes sociais apontam como dificuldade nesse processo de produção de saúde na média complexidade a descontinuidade no processo de acompanhamento do usuário, especialmente no pronto socorro, onde a demanda é geralmente espontânea e de caráter emergencial. O que não causa estranhamento, tendo em vista o modelo médico-hospitalocêntrico privilegiado no Brasil até os dias atuais.

As pesquisas realizadas por Costa (2009) já apontam que na esfera de produção dos serviços de saúde, a atuação profissional atualmente está voltada principalmente para as questões de caráter emergencial assistencial, porém sinalizam também ações relacionadas à informação e comunicação em saúde, planejamento e assessoria, mobilização e participação social entre outros.

As assistentes sociais entrevistadas também apontaram dificuldades estruturais resultantes da falta de financiamento da Política de Saúde, que por ventura acabam dificultando os encaminhamentos para outras unidades hospitalares devido à falta de leitos, e causando sobrecarga dos profissionais, especialmente em horários de maior fluxo, devido à escassez de recursos humanos na saúde pública. Todavia, Angélica salienta que;

(...) apesar de todas as dificuldades, a gente tem que procurar exercer... Procurar sempre o bem do usuário... Se a gente for ver só o nosso lado profissional e as faltas existentes (nos serviços) a gente não consegue fazer o melhor para o usuário. Então a gente precisa quebrar, muitas vezes, alguns paradigmas pra poder fazer com que o usuário não saia sem ser atendido realmente como deve ser, com humanização, com respeito, dignidade...

Diante do exposto compreende-se que a produção de saúde e democratização do acesso, demanda a colaboração de todos os atores sociais envolvidos nesse processo, exige uma articulação efetiva da rede de proteção social a partir da atuação efetiva do Estado por meio das políticas públicas e sociais, aponta para a necessidade de um novo modelo de atenção à saúde, pautado no acolhimento e responsabilização sem discriminação do usuário e uma nova forma de cogestão com efetiva participação cidadã de usuários, profissionais e gestores.

4. Considerações finais

O Serviço Social, assim como outras profissões, adentram na Política de Saúde devido à ampliação do conceito de saúde e a institucionalização das ações em saúde, anteriormente de responsabilidade apenas do médico. Nesse contexto, a saúde ainda não era compreendida como direito universal e as ações profissionais eram voltadas para educação em saúde e triagem dos usuários que tinham acesso aos direitos previdenciários.

A democratização da saúde na constituição federal de 1988 e a gama de legislações que a sucederam, tendo em vista garantir a saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros, trouxe para as ações profissionais novas requisições. Nessa conjuntura, a práxis profissional passa a se voltar principalmente para a viabilização do acesso aos direitos sociais e de saúde.

Tendo em vista que a produção de saúde se dá mediante a articulação de políticas sociais e públicas que visem diminuir as disparidades sociais, bem como a viabilização do acesso aos serviços de saúde infere-se que os/as assistentes sociais contribuem de maneira estratégica para esse processo, pois conseguem participar tanto da construção das políticas como se inserem na ponta dos serviços.

Apesar das limitações que as políticas públicas têm encontrado na atualidade, os relatos das assistentes sociais vão ao encontro dos levantamentos bibliográficos sobre produção de saúde, pois a qualificação profissional, orientação e encaminhamentos dos usuários são quesitos que englobam a garantia de acesso de qualidade aos serviços e ações integrais de saúde, inclusive quando se faz o encaminhamento para outras políticas sociais.

REFERÊNCIAS

BARROCO, Maria Lucia Silva; TERRA, Sylvia Helena. Código de Ética do/a Assistente Social comentado. (Org.) Conselho Federal de Serviço Social-CFESS. São Paulo: Cortez, 2012.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Presidência da República Casa Civil**. Brasília, DF 19 de set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 10 fev 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Redes de produção de saúde / Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf> Acesso em: 14 nov 2015.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária**: Elementos para o Debate. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza (orgs). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 197-217.

CASIMIRO, Ana Carolina Silva. **Plantão Social**: A prática Profissional dos Assistentes Sociais do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Rio de Janeiro: Trabalho de Conclusão de Curso, UFRJ, 2008.

CASTRO, Maria Monteiro de Castro e; OLIVEIRA, Lêda Maria Leal de. **Trabalho em saúde**: desafios contemporâneos para o Serviço Social. Porto Alegre: Textos & Contextos, v. 10, n. 1, p. 26 - 43, jan./jul. 2011.

COSTA, Maria Dalva Horácio. **O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais**. In: BRAVO, Maria Inês Souza. (orgs). **Serviço Social e Reforma Sanitária**. 4 ed. São Paulo, Cortez, 2009.

CEFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: 2009.

LANZA, Líria; Maria Bettioli; CAMPANUCCI, Fabrício da Silva; BALDOW, Letícia Orlandi. **As profissões em saúde e o Serviço Social**: desafios para a formação profissional. Florianópolis: v. 15, n. 2, p. 212-220 Katál, jul./dez. 2012.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, Ética e Saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **ATENÇÃO À SAÚDE**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>>. Acesso em: 12 fev 2009.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2009a.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético – político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza (orgs). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009b, p. 141-160.