



A CONSTRUÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA ENTRE O SERVIÇO SOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

LISBOA, Magno da Nóbrega¹

RESUMO: Este trabalho apresenta como objetivo compreender a construção sócio-histórica entre o Serviço Social e a política de saúde no Brasil. Tal artigo consiste numa pesquisa bibliográfica como instrumento de coleta de dados. Para tanto, toma como base as contribuições teóricas de Bravo (2007), Costa (2006), Paim (2013), dentre outros autores que realizam abordagens acerca da política de saúde e o Serviço Social nela inserida. O presente trabalho procura trazer algumas reflexões sobre a institucionalização do Sistema Único de Saúde através das lutas ocorridas com a Reforma Sanitária e a inserção dos Assistentes Sociais na política de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social; Sistema Único de Saúde; Política de Saúde.

INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil é fruto das lutas históricas dos movimentos sociais em busca de diversos processos societários, principalmente no que concerne a década de 1980 na qual houve o processo de redemocratização das políticas sociais no país com o rompimento da ditadura militar instalada no Brasil. Através de tal redemocratização em prol de uma sociedade democrática houve a promulgação da Constituição Federal de 1988, no sentido de proporcionar a plena efetivação dos direitos sociais do cidadão e dever do Estado, sobretudo no que diz respeito à universalização do acesso aos serviços de saúde com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para tanto, o presente artigo traz contribuições na medida em que irá tecer algumas reflexões teóricas acerca das lutas que ocorreram no Brasil para que a saúde pudesse ser um direito igualitário de todos e dever do Estado na construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

O referido trabalho trata-se de uma pesquisa de égide bibliográfica. Para tanto, utiliza como embasamento teórico as contribuições bibliográficas de Bravo (2007), Costa (2006),

¹ Mestrando em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e Assistente Social do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). *E-mail:* magno.lisboa@aluno.uepb.edu.br.

Paim (2013), dentre outros autores que tratam tanto sobre a saúde no Brasil, quanto da prática do Serviço Social no referido setor.

De início far-se-á uma abordagem acerca do surgimento do SUS que fora fruto de lutas com a finalidade de proporcionar melhores serviços na área de saúde para os cidadãos como garantia de direitos. Em seguida, será feita uma contextualização histórica da inserção do Serviço Social no âmbito da saúde.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O DIREITO À SAÚDE

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a saúde é preconizada como direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário às ações e serviços de proteção, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988). Estabelece no Sistema Único de Saúde (SUS) a descentralização político-administrativa com direção única nas três esferas do Governo Federal, Estadual e Municipal, com atendimento integral, com prioridade para os serviços preventivos sem prejuízo dos serviços assistenciais, bem como a participação da comunidade no controle social.

Para Bravo (2006), a Constituição Federal de 1988 “inaugura um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social que universaliza os direitos sociais, concedendo a Saúde, a Assistência Social e a Previdência como questão pública de responsabilidade do Estado” (BRAVO, 2006, p. 88).

Através da descentralização do SUS, conforme o que preconiza a Constituição Federal de 1988 cabe a União formular, planejar, normatizar, avaliar e controlar as políticas nacionais de saúde; aos Estados, a formulação, a coordenação e o planejamento da política estadual de saúde, além de promover a descentralização, suporte técnico e financeiro para os municípios; aos Municípios, cabe a formulação e o desenvolvimento das ações da política municipal de saúde e seus serviços prestados nos municípios.

No tocante à realidade do sistema de saúde, Paim (2009) afirma que consiste num conjunto de agências (instituições e empresas) e agentes (profissionais da saúde) cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde da população. A este respeito, faz-se necessário afirmar que o sistema de saúde é constituído de estabelecimentos e serviços pertinentes a várias organizações públicas e privadas, com finalidades lucrativas ou não. Além dos serviços de saúde, na qual o sistema de saúde é integrado, têm-se também a mídia, as escolas, indústrias de equipamentos e de medicamentos, institutos de pesquisa, universidades dentre outros. Para Paim (2009), os sistemas de saúde, conforme os tipos de proteção social adotados em todo o mundo existem três tipos que se destacam, tais como: a seguridade social, o seguro social e a assistência.

Rezende e Cavalcanti (2006), afirmam que o SUS foi regulamentado por duas Leis Orgânicas: a Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90. No ano de 1990, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta pelas leis anteriormente mencionadas, nas quais têm como princípios a universalidade, integralidade e equidade, reafirmou a necessidade de progredir no procedimento de pactuação, instituindo o SUS, presumido na Constituição, transferindo o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para o Ministério da Saúde reforçando a importância dos municípios na prestação de serviços de saúde. Faz-se importante enfatizar que a operacionalização do sistema e a relação entre as instâncias do SUS foram tratadas nas Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS) e nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), estas últimas, por sua vez abordam a regionalização da assistência.

No que concerne às atribuições e objetivos do SUS, conforme o que preconiza a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, através do artigo 5º, são os seguintes:

- I. A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II. A formulação de política de saúde destinada a promover ações nos campos econômico e social;
- III. A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das atividades preventivas (BRASIL, 1990, art. 5).

Vale salientar que além destes fatores acima elencados, o SUS atua no controle e execução das ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de assistência terapêutica, de saúde do trabalhador dentre outros, visando a organização e o funcionamento dos serviços, moldando uma nova forma de atenção à saúde.

No tocante aos aspectos legais da política de saúde no Brasil, a LOS nº 8.080/90, através do artigo 7º, em conformidade com o artigo 198 da Constituição Federal de 1988, preconiza os seguintes princípios: a universalidade, a integralidade, a preservação da autonomia das pessoas, a descentralização e a participação da comunidade.

Paim (2013) em seu artigo sobre os 25 anos do SUS enfatiza que a Constituição Federal de 1988 incorporou um entendimento de seguridade social como expressão dos direitos sociais intrínsecos à cidadania, unificando saúde, previdência e assistência social. A este respeito cabe ressaltar que

assimilando proposições formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira reconheceu o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público, participativo, descentralizado e integral (PAIM, 2013, p. 1928).

De acordo com o referido autor, as políticas de saúde integram as políticas sociais, da mesma forma que o sistema de saúde é um dos elementos dos sistemas de proteção social, que, por sua vez, apoia-se em estudos acerca da origem das políticas públicas.

Dentre os diversos princípios direcionados para a descentralização, atendimento integralizado e participação social cidadã, nas quais são as condicionalidades preconizadas pelo SUS, Bravo e Pereira (2012) enfatizam que

apesar da consolidação do conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado e das conquistas jurídico-institucionais, a política de saúde no Brasil, a partir dos anos 1990, passa por momentos distintos pós-Reforma Sanitária. Num primeiro momento, as proposições de saúde como direito social e o SUS são questionados pela ideologia conservadora e, num segundo, aparecem propostas de normatizações visando consolidar a contra-reforma (BRAVO; PEREIRA, 2012, p. 197-198).

Diante deste contexto de mudanças nas proposições da Reforma Sanitária, Bravo e Pereira (2012) afirmam que ocorre a gênese de dois projetos societários e antagônicos, nas quais têm repercussões em várias áreas ligadas com as políticas sociais, principalmente no que tange à saúde, com ênfase no projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista.

A Reforma Sanitária, segundo Bravo (2007), tem como primazia a universalização das políticas sociais e garantia dos direitos sociais sendo pautados na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, posteriormente, pela saúde, enfocando a participação da população no controle social, através dos conselhos e conferências de saúde, propondo uma relação diferenciada do Estado com a sociedade. Dessa forma, a autora afirma que a proposta da Reforma Sanitária destaca-se:

a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho; a importância dos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde, através da construção do SUS, em consonância com os princípios da integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde e financiamento efetivo do Estado (BRAVO, 2007, p. 132).

Já no que concerne ao Projeto Privatista, Bravo (2007) enfoca que é pautado na política neoliberal, uma vez que tem como tendências focalizadoras para a diminuição de gastos, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização, ficando o Estado com o papel de garantir o mínimo aos que não podem pagar, deixando para o setor privado o atendimento de melhor qualidade aos cidadãos consumidores. A este respeito, a supracitada autora enfatiza as principais características que são: “o caráter focalizado para atender as populações vulneráveis, a privatização dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso” (BRAVO, 2007, p. 130).

Bravo (2006), afirma que o projeto neoliberal que avança a partir deste contexto anteriormente citado põe em risco todas as conquistas legais e institucionais ocorridas nos anos de 1980. Segundo a autora, a partir da agressão neoliberal, as dificuldades de operacionalização do SUS são inúmeras. Percebe-se o crescimento do âmbito privado e a saúde passa a ser observada como uma mercadoria e não como direito da coletividade, conforme preconiza a Constituição Federal de 1988. Diante desta hegemonia neoliberal, ocorre a “redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação” (BRAVO, 2006, p. 100).

Vale ressaltar que, através desta política de ajuste neoliberal, ocorre uma desestruturalização da proposição da política de saúde que fora alicerçada na década de 1980, deixando a saúde sob a responsabilidade do mercado privatista, enfocando as parcerias com a sociedade civil, para assumir os custos da crise. Ocorre também a ênfase na filantropia com a finalidade de reduzir os gastos. Estes fatores foram condicionantes para o SUS, tendo em vista que, devido as afirmativas de apoio a este, ocorreu o descumprimento da legalidade e uma omissão da União quanto à regulamentação e fiscalização das ações de saúde. Isto comprometeu a possibilidade de avanço do SUS como política social. Diante disto, Bravo (2006) destaca os seguintes aspectos, tais como:

o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde, ou contra-reforma, era de dividir o SUS em dois – o hospitalar e o básico (BRAVO, 2006, p. 100-101).

Bravo (2006) enfatiza que o projeto de Reforma Sanitária apresenta como uma de suas estratégias o SUS, uma vez que foi fruto de lutas e mobilizações dos profissionais ligados a área da saúde em consonância com os movimentos populares. Segundo a autora, no tocante a realidade da universalização de direito, na qual é um dos parâmetros principais do SUS e existente no projeto de Reforma Sanitária, foi um dos fatores que têm provocado resistência dos idealizadores do projeto privatista. A autora destaca que “esse projeto tem como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico” (BRAVO, 2006, p. 101-102).

Rezende e Cavalcanti (2006) ressaltam que o Movimento Sanitário além de ser composto por profissionais da saúde e sociedade civil, como foi abordado, contou também com a participação de pesquisadores e representantes de instituições, que por sua vez foi o responsável pela politização da função da saúde, bem como de seus estabelecimentos na

sociedade e por concretizar a definição ampliada de saúde na VIII Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986. Diante disto,

a saúde passou, então, a ser definida como produto das condições objetivas de existência e resultado das condições de vida – biológica, social, econômica, cultural, particularmente das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza por meio do trabalho. Essa noção de saúde reconhece que as formas concretas de vida em sociedade são também decorrentes da organização das relações sociais de produção e, conseqüentemente, da inserção dos cidadãos no sistema e de como se mantêm e se reproduzem socialmente (REZENDE; CAVALCANTI, 2006, p. 70).

Conforme esta afirmação explicitada, pode-se afirmar que o conceito de saúde é apreendido como dimensão fundamental da qualidade de vida e um fator imprescindível para o desenvolvimento da realidade social, econômica, como também pessoal. Sendo assim, cabe ressaltar que o entendimento ampliado de saúde apresenta a sua política como um direito social, universal e atributo de cidadania percebida como “direitos históricos, que emergem gradualmente das lutas que o homem trava por sua própria emancipação e das transformações das condições de vida que essas lutas produzem” (REZENDE; CAVALCANTI *apud* BOBBIO, 1972, p. 102).

Torna-se mister destacar que a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, representou um “marco histórico mais importante na trajetória da política de saúde neste país” (BRAVO, 2009, p. 32), uma vez que colocou no cenário brasileiro da discussão da saúde a sociedade, ou seja, os debates sobre a saúde assumiram outra dimensão com representações da sociedade civil, tais como: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais e parlamento. O relatório de tal Conferência serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal. No tocante a esta questão, Bravo (2006) enfoca que “a questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária” (p. 96).

Segundo Costa (2006), a partir da década de 1990, através da implementação do SUS, mudanças de ordem tecnológica, organizacional e política passaram a exigir formas inovadoras de organização do trabalho na saúde, determinadas pela hierarquização, descentralização e democratização do sistema, imprimindo novas características ao modelo de gestão, como também para os processos de trabalho, vindo a compor novas modalidades de cooperação, uma vez que, conforme Nogueira (1991) *apud* Costa (2006) é caracterizada como modalidade “de cooperação horizontal e vertical”. De acordo com a autora,

na realidade, a atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a incorporação de alguns mecanismos de

“participação” da comunidade, não supera as contradições existentes, dentre as quais constam a exclusão, a precariedade dos recursos, a qualidade e a quantidade quanto ao atendimento, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa (COSTA, 2006, p. 41).

A este respeito, faz-se necessário afirmar que o conjunto das modificações não tem superado o modelo considerado por Costa (2006) como médico-hegemônico, tendo em vista que o sistema de saúde deveria articular suas ações junto às demais políticas sociais que intervêm nas condições de vida da população, como o saneamento, as condições de trabalho, a educação, a habitação entre outros.

No tocante ao Serviço Social, os dois projetos políticos e antagônicos em disputa no âmbito da saúde, ou seja, o projeto de Reforma Sanitária e o projeto Privatista, Bravo e Matos (2009) afirmam que apresentaram diferentes requisições para a profissão na década de 1990.

A respeito da Reforma Sanitária, de acordo com Bravo e Matos (2009), apresenta demandas para que os Assistentes Sociais trabalhem com as questões de:

busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde, com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO; MATOS, 2009, p. 36).

Sobre o projeto Privatista, os autores enfatizam que requisitou e vem requisitando aos profissionais de Serviço Social as demandas de:

seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismos através da ideologia do favor e do predomínio de abordagens individuais (BRAVO; MATOS, 2009, p. 36).

Diante destas evidências, em relação ao SUS, segundo Paim,

ainda há muito o que fazer para tornar o SUS universal e público, bem como para assegurar padrões elevados de qualidade. Seus maiores desafios são políticos, pois supõem a garantia do financiamento do subsistema público, a redefinição da articulação público-privado e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde. [...] O subfinanciamento público, a persistência de desigualdades na oferta e a articulação público-privada prejudicial ao SUS impedem o cumprimento do que está estabelecido na Constituição, nas leis ordinárias, decretos e demais documentos (PAIM, 2013, p. 1933).

Com base no excerto acima, Paim (2013) afirma que não se vislumbra um cenário otimista para a sustentabilidade do SUS. Alguns desafios permanecem colocados para a Reforma Sanitária Brasileira, como também a consolidação do SUS, enquanto sistema de saúde público, universal, igualitário, integral e de qualidade.

Rezende e Cavalcanti (2006) abordam que apesar do SUS ser um marco legal no contexto da Seguridade Social, é uma ferramenta capaz de promover, preservar e recuperar a saúde individual e coletiva, a sua concretização apresenta algumas dificuldades. No entanto, torna-se importante ressaltar que a conjuntura, na qual é desenvolvida o SUS, é essencial para a compreensão e superação das dificuldades encontradas.

No próximo capítulo será abordado como se deu a inserção dos Assistentes Sociais na área da saúde e como este profissional tem sido importante para a consolidação do SUS como direito de cidadania em consonância com a Constituição Federal de 1988.

2 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE

Para a compreensão do significado da atuação profissional do Serviço Social no setor da saúde, torna-se mister enfatizar as determinações históricas ocorridas na saúde a partir do capital monopolista, como também a gênese do Serviço Social neste contexto de transformações.

Cabe destacar que, de acordo com Bravo (2015), o setor da saúde nos séculos XVIII e XIX nos principais países da Europa houve preocupação com a estruturação e a melhoria dos serviços de saúde, uma vez que, nesse sentido, surge a incorporação de outras categorias profissionais ligadas à saúde, além do Médico, devido a importância econômica, política e social da questão. Durante esta época ocorre a expansão de cobertura dos segmentos das classes subalternas aos cuidados com a saúde, tendo maior ênfase com a saúde pública.

No tocante a questão do Serviço Social, este, por sua vez, emerge como profissão no final do século XIX, na Europa. Destacando os aspectos socioeconômicos, surge nos Estados Unidos no início do século, com a implantação de profissionais do Serviço Social em vários estabelecimentos hospitalares, tendo como finalidade fortalecer a personalidade do enfermo e dar assistência aos Médicos em suas atividades (BRAVO, 2015).

A este respeito, os Estados Unidos, conforme a referida autora torna-se o polo referencial de práticas e concepções na área da saúde, bem como em outras áreas. Com a crise de 1929/1930 proporcionou a institucionalização dos serviços de saúde, no intuito de abranger o conjunto da população, tendo em vista que a teoria do bem-estar social preconizava o Estado a assumir função intervencionista e planejadora.

Durante este período, Bravo (2015) enfatiza que o Serviço Social passa a ter sua atuação nas unidades públicas, executando as políticas de saúde advindas do Estado. Tais profissionais apresentavam como finalidade o ajustamento do paciente para as instituições assistenciais e para as condições normais de vida do ser humano.

Faz-se importante enfatizar que com o término da Segunda Guerra Mundial, a saúde passa a preocupar-se com o âmbito da saúde pública se referindo para a assistência das populações assoladas pela citada guerra. Tal atitude foi desencadeada através das Nações Unidas. Desse modo, no tocante ao campo do Serviço Social, este, por sua vez, passa a desenvolver técnicas inovadoras com o objetivo de adaptar-se para as exigências do momento com ênfase para a investigação social, a fim de instrumentalizar os profissionais para a participação nas pesquisas médicas e sociais, como também a abordagem grupal com os pacientes, além do trabalho a ser realizado com as famílias (BRAVO; MATOS, 2009).

A partir da década de 1950, caracterizada pelo capitalismo monopolista, foi a época em que a intervenção estatal da economia tornou-se acentuada. Daí, então, surgem, principalmente dos Estados Unidos, propostas de medicina integral, preventiva. Já nas décadas de 1960 e 1970, surgem as propostas de medicina comunitária e a integração docente e assistencial. Estes fatores, conforme Bravo e Matos (2009) são decorrentes da intervenção do Estado na esfera da atenção médica, da amplitude dos serviços embasados na tecnologia com o complexo médico-industrial.

Dessa forma, o Serviço Social assume uma postura de caráter desenvolvimentista, na qual era a ideologia da época vigente, valorizando a modernização, administração do bem-estar e planejamento com soluções para o equacionamento das questões emergentes. Vale ressaltar que o Serviço Social, enquanto profissão histórica e determinada, durante a década de 1960, sofre acentuadas modificações no pós-64, época em que houve rebatimentos na prática do Assistente Social na saúde, através de novas exigências advindas da política de saúde, além da reorganização institucional do setor (BRAVO; MATOS, 2009).

Bravo e Matos (2009) afirmam que na época do pós-64 que, por sinal, foi tida como uma fase autoritária e centralizadora, os Assistentes Sociais tiveram que adaptar-se a conjuntura vigente. No ano de 1966 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Serviço Social capacitou-se com o propósito de atender os novos desafios e dar assistência para os beneficiários incorporados na previdência sem alteração de forma de financiamento da referida instituição e da melhoria das condições de saúde.

No ano de 1972, foi aprovado o Plano Básico de Ação do Serviço Social na previdência, uma vez que tinha como intenção a definição da política de ação dos Assistentes Sociais. De acordo com Bravo (2015), tal Plano caracterizou o Serviço Social como uma das atividades fins da unidade, tendo como finalidade a mobilização das capacidades próprias dos indivíduos, grupos e comunidades, com foco na integralidade psicossocial dos beneficiários. Cabe informar que a programação do Serviço social foi

balizada no referido Plano com um conjunto de normas mencionando os objetivos da clientela.

No que concerne para a assistência à saúde, foram destacadas as referidas ações: ênfase nos aspectos psicossociais e econômicos nas quais interferem no tratamento médico, bem como na manutenção dos benefícios, recuperação dos segurados incapacitados, ação unificada na clínica pediátrica centralizada nas questões psicológicas, econômicas e sociais, que, por sua vez, são responsáveis pelos índices agravantes de mortalidade infantil entre outros fatores. A este respeito, sob a influência da modernização operante no setor das políticas sociais, o Serviço Social na área da saúde, como também em suas instituições, sedimenta, assim, sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária, que tornou-se a grande empregadora de profissionais ligados à saúde.

Desta maneira, a prática profissional do Serviço Social era centrada nas técnicas metodológicas de intervenção, burocratização das tarefas, humanização das relações sociais e a doação de benefícios concedidos como doação e não direitos. Bravo (2015), afirma que a partir dos anos 1970, época na qual a recessão econômica provocou o aumento do desemprego, o crescimento dos movimentos sociais e com a crise do *Welfare State*, ocorreram alterações nas políticas de saúde, com a contenção das despesas, racionalização dos gastos, participação da população e promoção da saúde.

No que se refere aos Assistentes Sociais, estes destacaram a importância de não apenas executar, mas de participar na elaboração e processo de tomadas de decisões das políticas públicas sociais. Porém, a referida autora enfatiza que os profissionais continuavam distantes do aprofundamento teórico, metodológico e reflexivo ocorrido no Serviço Social a partir da expansão da intenção de ruptura com o Serviço Social tradicional. Com base nesse sentido, os aliados desta vertente não definiram um novo padrão de intervenção profissional com estratégias teóricas, metodológicas e político-ideológicas que pudessem fazer com que o Serviço Social chegasse em outro nível, deslocando-o da execução terminal das políticas de saúde.

Vale ressaltar que, conforme Bravo e Matos (2009), a não participação na preparação das táticas tecidas pelos representantes do Movimento Sanitário acarretaram na eliminação de grande parte dos Assistentes Sociais no processo de reestruturação do âmbito da saúde, não participando plenamente, tampouco solicitados para colaborar nas alterações ocorrentes no aparelho do Estado.

Já na década de 1980, o Serviço Social passa por um processo de renovação crítica, no tocante a reconceituação profissional, junto com processo de redemocratização do Brasil que, por sua vez, resultou em intensos progressos na área da saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas conjunturas, rebatendo sob forma direta na prática

profissional do Serviço Social, sendo exigida a construção de uma nova postura profissional direcionada à garantia dos direitos de cidadania da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É correto afirmar que, conforme foi abordado ao longo deste Trabalho de Conclusão de Curso, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) é um marco da Constituição Federal de 1988, uma vez que propõe a construção de uma sociedade justa, igualitária, democrática e solidária. Dessa maneira, o SUS representa a garantia do direito à saúde para a população brasileira, na qual foi fruto das lutas sociais em favor dos direitos de cidadania, principalmente no que tange à saúde. Entretanto, torna-se de suma importância a participação da sociedade civil no planejamento, execução e avaliação da política de saúde, com a finalidade de efetivar a saúde como pleno direito de cidadania.

Um dos aspectos importantes na qual merece destaque foi a inserção dos Assistentes Sociais na política de saúde, uma vez que, faz-se necessário afirmar que através da Lei nº 8.080/90, foi fundamental para o entendimento de que se trata a saúde como resultante das condições econômicas e sociais. Vale ressaltar, também, que a partir da década de 1990 com a instituição de tal lei anteriormente citada, ocorre o crescimento do trabalho dos Assistentes Sociais no âmbito da saúde.

Para tanto, é essencial que o profissional de Serviço Social tenha um ampliado conhecimento da realidade, além de domínio teórico e metodológico da realidade profissional, como também habilidades técnico-operativas, nas quais possibilitam o atendimento das demandas impostas ao cotidiano da prática profissional.

Com relação ao que fora abordado neste referido trabalho pode-se afirmar que a presença do profissional de Serviço Social na saúde é, nesse sentido, um aspecto imprescindível para as funcionalidades profissionais existentes nas unidades hospitalares, uma vez que o Assistente Social procura contribuir para a viabilização dos direitos dos usuários, conquistados através da Constituição Federal de 1988 e nas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, através do seu cotidiano profissional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5/10/1998. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 1990.

BRAVO, Maria Inês Sousa. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

BRAVO, Maria Inês Sousa; PEREIRA, Potyara Amazonaida Pereira. **Política Social e Democracia**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

BRAVO, Maria Inês Sousa; Política de Saúde no Brasil. Cap. 5. 1ª Parte: Política Social e Política de Saúde. *In*: MOTA, Ana Elizabete. *et al.* (Orgs.). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, Maria Inês Sousa; Serviço Social e Saúde: desafios atuais. *In*: **Temporalis**. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios. Ano I, n. 1, (jan./jun., 2000) – São Luis: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, 2007.

BRAVO, Maria Inês Sousa; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. *In*: BRAVO, Maria Inês Sousa. *et al.*, (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. Cap. 7. 2ª Parte: Serviço Social e Saúde. *In*: MOTA, Ana Elizabete. *et al.* (Orgs.). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 1987.

REZENDE, Ilma. CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. **Serviço Social e políticas sociais**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2013.