

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

EDILAINE DIAS LIMA

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A PRODUÇÃO ACADÊMICO-CIENTÍFICA
SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO SUS**

FRANCA-SP

2020

EDILAINE DIAS LIMA

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A PRODUÇÃO ACADÊMICO-CIENTÍFICA
SOBRE A DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO SUS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Estadual Paulista-UNESP, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de concentração: Serviço Social, trabalho e sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta

FRANCA-SP

2020

L732s

Lima, Edilaine Dias

Serviço Social na Saúde e a produção acadêmico-científica sobre a Educação Permanente em Saúde no SUS / Edilaine Dias Lima. -- Franca, 2020
117 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca
Orientadora: Fernanda de Oliveira Sarreta

1. Serviço Social. 2. Política de Saúde. 3. Educação Permanente em Saúde. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

EDILANE DIAS LIMA

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A PRODUÇÃO ACADÊMICO-CIENTÍFICA
SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, para obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Área de concentração: Serviço Social – Trabalho e Sociedade.

BANCA EXAMINADORA

Presidente:

Prof.^a Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta

1º Examinador:

Prof.^a Dra. Marta Regina Farinelli

2º Examinador:

Prof.^a Dra. Andreia Aparecida de Carvalho Reis Liporoni

Franca, _____ de _____ de 2020.

Dedico,

A todas pessoas que me apoiaram e incentivaram a continuar os estudos, a ingressar no universo da pesquisa, buscar novos conhecimentos e acreditar no meu potencial.

Muita gratidão.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por guiar meu caminho e indicar o Serviço Social como possibilidade para recomeçar, e por ter me dado forças para conciliar a graduação e o mestrado.

Em especial, agradeço imensamente à minha orientadora e amiga Fernanda de Oliveira Sarreta, pelas orientações e conselhos, pela disponibilidade e compreensão, e pela parceria e carinho. Ao longo desse percurso mantivemos uma ótima relação que levarei por toda vida.

À Universidade Estadual Paulista UNESP, aos seus funcionários, e em especial aos docentes e colegas da pós-graduação que compartilharam seus conhecimentos nas disciplinas e eventos que agregaram à minha formação acadêmica e profissional.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior CAPES que financiou minha pesquisa e permitiu vivenciar esse processo formativo com mais qualidade.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Política de Saúde e Serviço Social QUAVISSS que me acolheu e possibilitou o compartilhamento de experiências para discutir a política de saúde na perspectiva interdisciplinar.

À amiga Giovana Estella Vaz dos Santos pelo incentivo, apoio e insistência de me trazer para universo do mestrado e, ao amigo Roberto Inácio Barbosa Filho, sua generosidade me permitiram estar presente nas disciplinas.

Ao corpo docente da Universidade Federal do Triângulo Mineiro UFTM que me propiciou uma base formativa crítica para compreender como o conhecimento transforma a realidade. Em especial, à professora Marta Regina Farinelli que além de orientadora na graduação tem sido minha parceira e amiga, sempre disposta a me ajudar.

Ao Grupo de Estudo e Pesquisa ProlisaBr que me inseriu no universo da pesquisa, em especial às professoras Edna Aparecida de Carvalho Pacheco e a Rosane Aparecida de Sousa Martins.

Às contribuições das professoras Carla Agda Gonçalves e a Andréia de Carvalho Reis Liporoni que participaram da qualificação.

Às professoras Cláudia Helena Julião e Regina Maura Rezende que me emprestaram os Anais em CDs e viabilizaram minha pesquisa.

"A Educação Permanente é uma concepção dialética da educação, como um duplo processo de aprofundamento, tanto da experiência pessoal quanto da vida social, que se traduz pela participação efetiva, ativa e responsável de cada sujeito envolvido, qualquer que seja a etapa de existência que esteja vivendo...

O primeiro imperativo que deve preencher a Educação Permanente é a necessidade que todos nós temos de sempre aperfeiçoar a nossa formação profissional. Num mundo como o nosso, em que progredem ciência e suas aplicações tecnológicas cada dia mais, não se pode admitir que o homem se satisfaça durante toda a vida com o que aprendeu durante uns poucos anos, numa época em que estava profundamente imaturo. Deve informar-se, documentar-se, aperfeiçoar a sua destreza, de maneira a se tornar mestre da sua práxis. O domínio de uma profissão não exclui o seu aperfeiçoamento. Ao contrário, será mestre quem continuar aprendendo."

Pierre Furter

LIMA, Edilaine Dias. **O Serviço Social na saúde e a produção acadêmico-científica sobre a Educação Permanente em Saúde no SUS.** 2020.117f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista, Franca, 2020.

RESUMO

O Serviço Social é uma profissão da saúde e tem contribuição efetiva na defesa do direito à saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) constitucional. A categoria profissional dispõe de orientações específicas para o trabalho na área, o que demonstra a relevância do tema e da Educação Permanente em Saúde (EPS), uma política que enfoca a aproximação da formação e trabalho, para transformar o modelo de atenção e atender as necessidades da população, coerente ao Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social e da Reforma Sanitária. O objeto de investigação é o Serviço Social na Saúde, com recorte na produção acadêmico-científica sobre a EPS. O estudo teve como objetivo geral analisar o Serviço Social na saúde e a produção acadêmico-científica sobre a Educação Permanente em Saúde para a Formação dos Trabalhadores do SUS, a partir da criação dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, do Conselho Federal de Serviço Social. E, como objetivos específicos: investigar se o Serviço Social faz a relação da EPS como subsídio para integração da formação e trabalho; identificar nos eventos mais significativos da categoria profissional como a EPS tem sido debatida na atualidade e, refletir a produção acadêmico-científica do Serviço Social relacionada à EPS e sua contribuição para o fortalecimento do SUS. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, com abordagem qualitativa dos trabalhos nos Anais de Eventos históricos da categoria: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) e Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde (CONASSS). A partir do materialismo histórico e dialético, e das categorias estabelecidas, a análise totalizou 10 (dez) trabalhos. Os resultados mostram que o Serviço Social apresenta uma ampla produção acadêmico-científica na saúde, entretanto, um distanciamento da categoria profissional no debate e produção acadêmico-científica sobre a EPS, sua concepção, finalidades e objetivos. Mostram, ainda, que as condições impostas no cenário atual de desmonte da política de saúde, podem estar relacionadas a este afastamento. Considera-se que os trabalhos analisados demonstram que, apesar dos expressivos desafios que a realidade impõe, o Serviço Social apresenta uma análise crítica e coerente com o projeto profissional. Portanto, deve lutar pela defesa e efetivação da EPS que possibilita a reflexão do trabalho, qualifica para o exercício profissional no SUS e reflete na qualidade do atendimento da população, podendo fortalecer o compromisso do Serviço Social com a defesa do direito à saúde.

Palavras chaves: Serviço Social. Política de saúde. Educação Permanente em Saúde.

LIMA, Edilaine Dias. **The health Social Service and the academic-scientific production about the Permanent Education in Health at SUS.** 2020.117f. Dissertation (Master in Social Work) – Faculty of Human and Social Sciences, Universidade Estadual Paulista, Franca, 2020.

ABSTRACT

The Social Service is a health profession and has effective contribution at the defense of the right to the health and constitutional SUS. The professional category uses specific guidance to the work in this area; which demonstrates the relevance of the subject and the Permanent Education in Health (PEH), a politics that focuses the approach of the formation and work, transforms the attention model and deals with the population's needs, coherent to the Professional Ethical-Political Project of the Social Service and Sanitary Reform. The object of investigation is the Health Social Service with a piece of the academic-scientific production about the PEH. The general aim of this study was to analyze the Health Social Service and the academic-scientific production about the Permanent Education in Health to the Workers' Formation of the SUS, from the creation of the Parameters to the Performance of Health Social Assistants, and Federal Counsel of the Social Service. In addition, there are specific aims that are to investigate if the Social Service has a relationship with the PEH as a subsidy to the integration into the formation and work. It is also to identify in the most significant events of the professional category how the PEH has been debated nowadays, and to reflect the academic-scientific production of the Social Service related to the PEH and its contribution to strengthen the SUS. A bibliographic and documental research was carried out with a qualitative approach of the work in the Annals of historical Events of the category: CBAS (Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais), ENPESS (Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social) and CONASS (Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde). From historical and dialectical materialism and the established categories, the analysis added up ten (10) papers. The results show that the Social Service presents a wide health academic-scientific production, however, a distance of the professional category in the debate and academic-scientific production about the PEH, its conception, purposes and objectives. It was showed that the conditions imposed on the current setting to dismantle the Health policy, they can be related to this distance. It was considered that the analyzed papers showed that the Social Service presents a critical and coherent analysis with the professional project, in spite of the expressive challenges that the reality imposes. Therefore, it must fight for the defense and effectuation of the PEH, which becomes possible the reflection of the work, qualifies to the professional exercise in SUS and reflects in the quality of the service of the population. It can strengthen the compromise of the Social Service with the defense of the right to the health.

Keywords: Social Service. Health Policy. Permanent Education in Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS)	86
Quadro 2 – Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS)	89
Quadro 3 – Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS)	95
Quadro 4 – Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS)	95
Quadro 5 – Congresso Nacional de Assistentes Sociais em Saúde (CONASSS)	98
Quadro 6 – Congresso Nacional de Assistentes Sociais em Saúde (CONASSS)	98

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Saúde
ABRASCO Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIDS Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH Autorização de Internação Hospitalar
CAPS Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Droga
CBAS Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CDQ Centro de Desenvolvimento e Qualificação
CEBES Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME Central de Medicamentos
CFESS Conselho Federal de Serviço Social
CIES Comissão de Integração Ensino-Serviço
COSEMS Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CNS Conferência Nacional de Saúde
CNS Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS Conselho Nacional de Secretários do Estado de São Paulo
CONASS Conselho Nacional de Secretários Municipais do Estado de São Paulo
CONASSS Congresso Nacional do Serviço Social em Saúde
CRESS Conselho Regional de Serviço Social
DCN Diretrizes Curriculares Nacionais
DRS Departamento Regional de Saúde
DRU Descentralização das Receitas da União
ENESSO Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social
ENPESS Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social
EPS Educação Permanente em Saúde
ESF Estratégia de Saúde da Família
FAPESP Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz
FNEPAS Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde
HIV Vírus da Imunodeficiência Humana
INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS Instituto Nacional de Previdência Social
INSS Instituto Nacional de Seguro Social
IST Infecções Sexualmente Transmissíveis
LOS Lei Orgânica da Saúde
MRSB Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
NASF Núcleo e Apoio a Saúde da Família
OMS Organização Mundial da Saúde
OMS Organização Mundial de Saúde
OPAS Organização Pan-Americana da Saúde
PEC Proposta de Emenda à Constituição
PET-SAÚDE Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNHOSP Política Nacional de Atenção Hospitalar
PRO-EPS Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde
PRÓ-SAÚDE Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional
PTS Projeto Terapêutico Singular
RAISM Rede de Atenção Integral a Saúde Mental
RAPS Rede de Atenção Psicossocial
REME Movimento de Renovação Médica
RIMS Residência Integrada Multiprofissional em Saúde
SEMSAT Semana de Saúde do Trabalhador
SUDS Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS Sistema Único de Saúde
SUS Sistema Único de Saúde
UAB Universidade Aberta do Brasil
UFTM Universidade Federal do triângulo Mineiro
UNESP Universidade estadual Paulista

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 TRABALHO E SAÚDE.....	20
1.1 Análise sócio-histórica da categoria trabalho.....	20
1.2 Processo de trabalho no capitalismo.....	30
1.3 Política de saúde no Brasil.....	37
CAPÍTULO 2 SUS E A FORMAÇÃO PARA O TRABALHO EM SAÚDE.....	44
2.1 Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.....	44
2.2 Sistema Único de Saúde: concepção e princípios.....	54
2.3 Política de Educação Permanente em Saúde.....	62
CAPÍTULO 3 SERVIÇO SOCIAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	74
3.1 História do Serviço Social na saúde.....	74
3.2 Atuação do(a) assistente social na saúde.....	79
3.3 Produção sobre a EPS nos eventos do Serviço Social.....	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
REFERÊNCIAS	110

INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) consiste num processo formativo que insere a educação ao trabalho profissional, a partir da problematização. Nesse sentido, a EPS como política pedagógica busca transformar o modelo de atenção em saúde e trazer resolutividade nas demandas para a autonomia dos(a) usuários(as).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma estratégia adotada no Sistema Único de Saúde (SUS) para a Formação de Recursos Humanos. Tem como objetivo central fortalecer a integração do ensino-serviço para aprimorar o trabalho e a prestação de serviços qualificados à população, contribuindo para o fortalecimento do SUS.

O Serviço Social é uma das profissões da saúde, conforme Resolução nº 218 de 1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Resolução nº 383 de 1999 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Historicamente, a profissão participa ativamente das ações e serviços de saúde e apresenta uma produção acadêmica e científica qualificada sobre a política de saúde e o SUS, sobretudo, nos espaços de debates da categoria profissional. Assim, a motivação para o desenvolvimento desta pesquisa foi desvendar como o(a) assistente social, enquanto trabalhador(a) da saúde, se aproxima da Política de EPS.

O objeto da presente pesquisa é o Serviço Social na Saúde, com recorte na produção acadêmico-científica sobre a Educação Permanente em Saúde (EPS). Parte-se dos seguintes pressupostos: que o Serviço Social é uma profissão comprometida com a concretização do direito universal à saúde e a implementação da PNEPS contribui para o fortalecimento do SUS, uma vez que integra a formação no trabalho em saúde, e isso reflete na qualidade do atendimento à população; ainda, o documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde do CFESS (2010) é uma referência importante para o exercício profissional no cenário contemporâneo, pois orienta a educação permanente integrada no trabalho em saúde.

O objetivo central do estudo foi analisar o Serviço Social na saúde e a produção acadêmico-científica sobre a Educação Permanente em Saúde para a Formação dos Trabalhadores do SUS, a partir da criação dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, do Conselho Federal de Serviço Social.

E, como objetivos específicos: investigar se o Serviço Social faz a relação da EPS como subsídio para integração da formação e trabalho; identificar nos eventos

mais significativos da categoria profissional como a EPS tem sido debatida na atualidade e, refletir a produção acadêmico-científica do Serviço Social relacionada à EPS e sua contribuição para o fortalecimento do SUS.

O estudo busca respostas para os seguintes questionamentos: Como está o debate da EPS no Serviço Social? A produção acadêmica e científica da profissão sobre a EPS está em consonância com o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social? Esta produção está orientada pelo documento do CFESS, os Parâmetros? Enfim, é possível que o Serviço Social como profissão da saúde articule espaços da EPS e se aproxime do debate sobre a integração da formação-trabalho?

O estudo se insere no campo das Ciências Humanas e Sociais Aplicadas, cuja finalidade será a realização de uma pesquisa de natureza qualitativa. Seguindo a orientação de Minayo (2008) os estudos na área da saúde devem usar a abordagem qualitativa para captar o significado e a intencionalidade inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

A metodologia consiste em pesquisa bibliográfica e documental, com abordagem qualitativa. A opção pela abordagem qualitativa, se deu pelo fato que consegue captar o real sentido das relações humanas, estas são dotadas de sentidos e significados, mas estes são influenciados pela dinâmica da realidade social. Somente a pesquisa qualitativa consegue revelar significados para essa realidade tão complexa.

Fazer pesquisa, nesta perspectiva, é descobrir caminhos, é configurar e decifrar uma paisagem desconhecida na perspectiva do que se está pesquisando. Na verdade, partimos do que já conhecemos com vistas a um conhecimento mais pleno da realidade e análise, sabendo que tal conhecimento se constrói ao longo da pesquisa e só se revela na trajetória (MARTINELLI, 2008, p. 38).

A pesquisa qualitativa busca compreender fenômenos da realidade social. “O universo da produção humana que pode ser resumida no mundo das relações, das representações e da intencionalidade é objeto da pesquisa qualitativa [...]” (MINAYO, 2016, p.21).

Nesse sentido, a fase exploratória permite mais proximidade com a temática da Educação Permanente em Saúde (EPS) dos(as) trabalhadores(as) do SUS, conforme explica Gil (2007, p. 43): “Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o

tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.”

A pesquisa bibliográfica teve como base livros, artigos científicos, dissertações, teses, revistas e periódicos, entre outros que tratam das categorias teóricas expressas nas intencionalidades da pesquisadora. Para Gil (2002, p. 44) a pesquisa bibliográfica “[...] é desenvolvida com base em material já elaborado, construído principalmente de livros e artigos científicos.”

A escolha do universo de estudo, os eventos mais expressivos do Serviço Social, considera a orientação de Gil (2002, p. 66) “Os encontros científicos, tais como congressos, simpósios, seminários e fóruns, constituem locais privilegiados para a apresentação de comunicações científicas.”

Nos encontros coletivos que a categoria profissional se reúne, periodicamente, para debater e socializar os desafios e as estratégias utilizadas por estudantes e profissionais no âmbito acadêmico e científico. Através da produção do conhecimento os(as) pesquisadores(as) e os(as) profissionais trazem suas inquietações vivenciadas na academia e no exercício profissional, sendo um espaço muito rico.

A escolha da amostra para a coleta de dados diretos foi a produção e publicação nos Anais dos principais eventos da categoria e da saúde, quais sejam:

- Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS),
- Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) e,
- Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde (CONASSS).

O recorte temporal adotado considerou a publicação dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, ou seja, o período de 2010 a 2019, por ser uma referência importante para a categoria profissional que orienta a atuação profissional na direção da Reforma Sanitária e Projeto Profissional do Serviço Social.

A pesquisadora iniciou a coleta de dados na biblioteca da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Estadual Paulista (UNESP), para localizar os Anais dos respectivos eventos, mas os exemplares disponíveis eram de período anterior ao estabelecido nesta pesquisa. Após orientação da bibliotecária, a coleta foi ampliada para outras bibliotecas da UNESP, mas não obteve resultados.

Em seguida, a pesquisa foi realizada com a bibliotecária da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), no sistema eletrônico da instituição para localizar os Anais dos eventos, mais também não obteve êxito e os poucos exemplares existentes eram de períodos anteriores.

Em face da ausência do material nas bibliotecas, a continuidade da pesquisa teve como alternativa o envio de e-mail endereçado para docentes e pesquisadores do Departamento de Serviço Social da UNESP e da UFTM, explicando sobre a pesquisa e solicitando aos(às) professores(as) os Anais. Alguns professores entraram em contato e emprestaram os Anais em CDs.

A presente investigação adotou a análise de conteúdo temática, conforme Minayo (2016, p. 76), “[...] através da análise de conteúdo, podemos caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado”. A autora esclarece que esta análise consiste “[...] em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõe a comunicação e cuja a presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (MINAYO, 2016, p. 105).

Para análise de conteúdo dos dados qualitativos, primeiramente, foi estabelecida a categorização, pode ser definida previamente quando o pesquisador possui conhecimento sobre o assunto, ou pode surgir a partir da análise do material pesquisado. A categorização deve ser homogênea, deve contemplar todo material analisado, o mesmo conteúdo não deve aparecer em outra categoria, a categoria deve ter significado único, e deve haver adequação entre o conteúdo e objetivos da pesquisa (MINAYO, 2016).

A partir desta orientação, os critérios adotados para identificação e análise dos trabalhos publicados nos Anais, foram: assistente social na saúde ou, Serviço Social na saúde ou, SUS. E, assim, foram estabelecidas as categorias de análise:

- Trabalho em Saúde, refere-se ao fazer profissional na saúde que se constitui em trabalho vivo e coletivo, expresso no processo de produção e reprodução;
- Formação em saúde, refere-se à formação profissional e transforma as práticas profissionais no trabalho em saúde, no sentido de qualificar as intervenções de acordo com as necessidades de saúde da população;
- Educação Permanente em Saúde, refere-se ao objeto de investigação da pesquisa, pois sua dimensão pedagógica insere o ensino no serviço ressignificando o fazer profissional, isso impacta na prestação de serviços aos(as) usuários(as).

Partiu-se da ideia de que estas categorias poderiam ser alteradas no desenvolvimento do estudo, assim como, outras poderiam surgir.

A análise dos Anais dos Eventos, demonstrou que no período de 2010 a 2019, ocorreram 4 (quatro) edições do CBAS, 5 (cinco) edições do ENPESS e 4 (quatro) edições do CONASSS, portanto, totalizando 13 (treze) eventos.

Diante da dificuldade de encontrar e de acessar os Anais destas edições, foi possível a análise de 50% (cinquenta) dos eventos, ou seja, analisou-se 6(seis) eventos. É importante destacar que os Anais destes eventos eram impressos e/ou gravados em CD-ROM (Compact Disc Read-Only Memory), o que dificultou de maneira expressiva a localização do material para a pesquisa. Foram realizadas várias tentativas, entretanto, não resultaram na coleta pretendida de todo o material.

Assim, foram analisados 6 (seis) Eventos, sendo:

- 2 (dois) Anais do CBAS, de 2016 e 2019, disponíveis na página dos eventos;
- 2 (dois) Anais do CONASSS, de 2014 e 2016, cedidos por participantes e,
- 2 (dois) Anais do ENPESS, de 2010 e 2012, cedidos por participantes.

Nesse sentido, Minayo (2016) orienta que a análise de conteúdo da temática que consiste na leitura compreensiva das referências teóricas, para ter uma visão ampla, apreender as especificidades, elaborar pressupostos, que darão sustentação para a análise e interpretação, classificação inicial, definição de conceitos teóricos, etc.

Assim, realizou-se um levantamento de estudos sobre o tema e as normas que regulam a EPS, fichamentos, delimitação do problema, questionamentos, pressupostos, objetivos, metodologia, enfim, esta etapa abrangeu a construção do projeto definitivo e sua revisão após a banca de qualificação.

A exploração do material permitiu uma análise das produções, conforme destaca Minayo (2016, p. 90) “[...] é fundamental importância sermos capazes de ir além das falas e dos fatos, em outras palavras, caminharmos na direção do que está explícito para o que é implícito, do revelado para o velado, do texto para o subtexto”.

E, a articulação entre a fundamentação teórica, os dados e os objetivos e pressupostos da pesquisa estão inseridos nos dados coletados. “Para que tenhamos êxito nessa síntese interpretativa devemos principalmente fazer uma articulação entre os objetivos do estudo, a base teórica adotada e os dados empíricos” (MINAYO, 2016, p. 91).

A interpretação do conteúdo do material, demonstrou de forma descritiva a correlação destes conteúdos com a teoria social crítica, tendo em vista que a pesquisa adota o método do materialismo histórico e dialético de Marx.

Portanto, a construção teórica e a interpretação dos resultados tiveram respaldo no materialismo histórico e dialético, segundo Minayo (2008), considera a análise da dinâmica e estrutura social no tempo, e o movimento da realidade que está sempre se transformando, pois, a estrutura social é determinada pelo modo de produção capitalista, onde as relações sociais reproduzem a lógica capitalista e as desigualdades sociais.

Somente este método possibilita a análise da totalidade social, sua história e as complexidades, abstrações e objetivações, em seu movimento contínuo, negando aquilo que está posto e buscando uma reinterpretação para chegar a essência. Na ordem vigente que se funda na forma como a sociedade se estruturou, pelo modo de produção capitalista, e como esta lógica é reproduzida socialmente.

O referencial teórico crítico que subsidiou a construção da pesquisa com a preocupação de trabalhar as principais categorias de Marx (2012), tais como, a totalidade que abrange as determinações sócio estruturais; a historicidade, tendo em vista que a vida social está em constante transformações; a contradição que demonstra o antagonismo entre capital-trabalho, e a imposição da lógica capitalista e, a mediação para a intervenção qualificada do(a) assistente social referenciada na teoria social crítica.

O Capítulo 1 Trabalho e saúde, trata a centralidade da categoria trabalho, historicamente, e quando se institui a sociabilidade na ordem do capital. Essa análise histórica é relevante para compreender as determinações da sociedade capitalista e como transformação do mundo do trabalho rebatem no trabalho profissional do(a) assistente social na saúde.

O Capítulo 2 SUS e a formação para trabalho em saúde, analisa da política de saúde e o SUS, partindo da luta social do Movimento da Reforma Sanitária, o reconhecimento do direito universal à saúde na Constituição de 1988, até a sua implementação pela Lei Orgânica de Saúde (LOS). É a partir deste processo histórico e social e legislações, que deram subsídios para criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para a Formação dos Trabalhadores do SUS.

O Capítulo 3 Serviço Social e Educação Permanente em Saúde, coloca em reflexão a aproximação do Serviço Social com a Educação Permanente em Saúde (EPS), o significado da produção acadêmico-científica dos principais eventos da categoria profissional no país, ou seja, CBAS, ENPESS e CONASSS.

A construção desta pesquisa foi possível graças à participação nas disciplinas

do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Câmpus de Franca, em especial, de Teoria crítica, indivíduo, razão e sociedade; Política públicas: democracia, participação e controle social; O trabalho do/a assistente social e a dimensão educativa; O método marxiano e a pesquisa social; Saúde e Serviço Social: a dimensão educativa e interdisciplinar e, Fundamentos do Serviço Social e suas implicações no processo formativo, as quais possibilitaram aprofundamento teórico crítico e a escrita de artigos e capítulos de livros.

Notadamente, com a participação nos debates do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social - Quaviss da UNESP e no Grupo de Estudos e Pesquisa Promoção em Comunicação, Educação e Literacia para Saúde no Brasil – ProLisabr, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), possibilitaram reflexões e análises que acrescentaram conteúdos nesta pesquisa.

Do mesmo modo, a produção e apresentação de trabalhos em eventos, tais como Congresso de Saúde Pública da APSP (2017), V Seminário Grupo de Estudos em Políticas Públicas e Sociais (2017), VIII Congresso Iberoamericano de Pesquisa Qualitativa em Saúde (2018), Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Promoção da Saúde (2018), III Seminário Internacional de Pesquisa (Re)pensando o Trabalho Contemporâneo: avanços e retrocessos no contexto do trabalho (2018), Seminário de Pesquisa da Unesp (2018; 2019), XVI Encontro Nacional de Pesquisadoras/res em Serviço Social (2018), Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (2019).

Além de diversas palestras, cursos e oficinas que provocaram um movimento interno e compromisso com a formação pessoal e profissional.

Como devolutiva, a pesquisadora fará a socialização dos resultados obtidos na dissertação nas rodas de conversa do grupo de estudo e pesquisa Quaviss da UNESP. Assim como, envio de trabalhos para os eventos expressivos da categoria do Serviço Social, como: CBAS, ENPESS e CONASSS. Pois, o compartilhamento de saberes é essencial para reflexão e construção de novas práticas.

Os resultados mostram que o Serviço Social apresenta uma ampla produção acadêmico-científica na Saúde, nos eventos da categoria profissional, entretanto, em relação à Política de EPS a produção ainda é incipiente e voltada para a Estratégia da Saúde da Família (ESF), o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), e grupo de estudo e pesquisa.

Considera-se que as determinações impostas pelo neoliberalismo precariza o trabalho e diminui recursos para as políticas de saúde, como para o desenvolvimento da PNEPS, podendo estar relacionada com a pouca produção sobre a EPS. Ainda, o modelo de formação acadêmica dos profissionais dos cursos da saúde, a não adesão da EPS pelos(as) gestores(as), a falta de financiamento para a formação na saúde, podem se constituir em impasses para que assistentes sociais se apropriem da Política de EPS.

Ainda, há um distanciamento do Serviço Social em relação à Política de EPS, e da própria integração ensino-serviço ou formação-trabalho, portanto, o estudo pode ser um subsídio para que a categoria profissional reconheça a importância desta Política no cenário atual.

Desse modo, a produção acadêmico-científica sobre a EPS nos eventos da categoria profissional, permite a socialização de experiências e conhecimentos, possibilita a compreensão sobre a importância de sua implementação no cotidiano do trabalho em saúde, uma vez que a EPS é fundamental para o fortalecimento do SUS constitucional.

CAPÍTULO 1 TRABALHO E SAÚDE

1.1 Análise sócio-histórica da categoria trabalho

O entendimento de que o trabalho institui a ordem social capitalista é necessário para compreensão do processo de produção e reprodução social no trabalho profissional do(a) assistente social na saúde. Nesse sentido, torna-se importante uma análise sócio histórica da inserção do Serviço Social na divisão social e técnica do trabalho para entender os rebatimentos no cotidiano da saúde.

A concepção marxista sustenta que a existência da humanidade, foi possível devido a constante necessidade dos homens transformarem a natureza (NETTO; BRAZ, 2012). Sendo assim, o trabalho consiste na base material da sociedade, sem ele não seria possível a satisfação das necessidades vitais e materiais.

Para Granemann (2009) a compreensão de que o trabalho fundou a sociabilidade humana, significa o reconhecimento de que as relações sociais foram instituídas pelo homem, pois, desde os primórdios nas comunidades primitivas, o trabalho produz bens necessários para assegurar a sua existência através da reprodução social.

O trabalho é fonte de riquezas, através da ação humana sob a natureza, obtém-se os bens materiais que necessita; para além de riquezas, o trabalho “É condição básica e fundamental de toda a vida humana. E em tal grau que, até certo ponto, podemos firmar que o trabalho criou o próprio homem” (ENGELS, 1999, p. 4).

A análise marxiana, diferencia a atuação dos homens da ação dos animais, pois a ação dos animais é inerente à sua genética biológica, por outro lado a ação dos homens é dotada de racionalidade. “A partir do trabalho, o ser humano se faz diferente da natureza, se faz um autêntico ser social, com leis de desenvolvimento histórico completamente distintas das leis que regem os processos naturais” (LESSA; TONET, 2011, p. 17-18).

Portanto, o ser social é dotado de racionalidade e consegue planejar sua ação previamente na consciência, refletindo sobre as possibilidades de concretização do objetivo almejado, essa capacidade teleológica é inerente a singularidade do sujeito, denominada de prévia ideação. Diferente dos animais, “[...] o homem, ao contrário, modifica a natureza e a obriga a servir-lhe, domina-a. E aí está, em última análise, a

diferença essencial entre o homem e os demais animais, diferença que, mais uma vez, resulta do trabalho” (ENGELS, 1999, p. 22).

Para que os homens tenham condições materiais de viverem em sociedade é imprescindível que suas necessidades sejam atendidas, através da transformação de bens naturais em bens materiais, essa mediação decorre da intervenção do homem na natureza.

Somente o homem possui a capacidade de prévia ideação, isto é, prever antecipadamente sua ação na consciência e colocá-la em prática da forma que alcance o objetivo desejado. A partir de uma necessidade, o homem constrói em sua consciência qual a melhor alternativa de ação que irá utilizar para satisfação de sua necessidade, uma ação objetiva.

O homem por ser o único animal que fabrica os seus instrumentos de trabalho alarga as suas potencialidades e pode realizar feitos que não poderia sem os instrumentos por ele fabricados. Tal capacidade estabelece firme distinção entre o trabalho humano e aquele desenvolvido por outros animais, já que o ato de planejar a execução de uma atividade – o próprio trabalho de criar um instrumento ou a transformação de uma matéria em outro objeto – exige do homem uma pré-figuração (teleologia), antes em sua consciência, do que irá executar para, então, em momento posterior, dar curso a uma ação e realizar o que fora pré-concebido. (GRANEMANN, 2009, p. 5).

O homem para satisfazer suas necessidades vitais, passa a intervir na natureza, extraindo aquilo que necessita para sua subsistência. Na concepção de Marx, o trabalho é fundante do ser social, pois a partir desta objetivação se constituiu as demais objetivações, ou seja, as relações sociais. Tudo que foi criado pelo homem, através de sua intervenção no meio onde vive constitui-se numa objetivação.

Complementando esta análise, “O trabalho é o processo de produção da base material da sociedade pela transformação da natureza. É, sempre, a objetivação de uma prévia-ideação e a resposta a uma necessidade concreta. Da prévia-ideação à sua objetivação: isto é o trabalho” (LESSA; TONET, 2011, p. 21).

Nesse sentido, ao modificar a natureza o homem também se transforma, pois, o processo de trabalho propicia interação entre os homens, havendo necessidade de transmissão de conhecimento, para que o trabalho seja reproduzido e satisfaça as necessidades materiais da sociedade, isto é, um processo de humanização do homem.

Embora, ontologicamente, o trabalho inaugure o ser social, não o esgota, porque o próprio trabalho, através do seu caráter contraditório imanente, é capaz de lançar o ser social para além de si mesmo e provoca o surgimento

de outros complexos sociais capazes de responder às necessidades inauguradas pela dinâmica de criação do novo. (LIMA, 2009, p. 47).

O processo de trabalho consiste numa atividade que transforma a natureza, satisfazendo e criando novas necessidades humanas e sociais. É um processo que transforma o próprio homem e contribui para o agrupamento entre os indivíduos devido coletivização do trabalho, sendo assim o trabalho é uma atividade estritamente humana. “Essa articulação entre os atos dos indivíduos e a vida social coletiva é da maior importância. Possibilita a compreensão de quais os processos que articulam, e como o fazem, indivíduo e sociedade em uma relação indissolúvel” (LESSA; TONET, 2011, p. 26).

O trabalho é concretizado a partir da necessidade de intervenção do homem na natureza, sendo necessário a utilização de objetos, habilidades para manuseio e escolha dos instrumentos, sendo tal habilidade adquirida empiricamente de modo contínuo, satisfazendo suas necessidades de sobrevivência o homem descobrirá novas habilidade e necessidades, um processo que vai se aprimorando.

Os objetos, “[...] com os quais os homens entram em contato: de um conhecimento singular e imediato se evolui para outro cada vez mais abrangente e genérico” (LESSA; TONET, 2011, p. 25). Isto porque, o trabalho por ser coletivo é reproduzido. Cada objetivação gera novas objetivações, agrega novos conhecimentos, a sociedade se desenvolve junto com o homem e o processo de trabalho que transforma a natureza.

Pode-se dizer que trabalho previamente idealizado consiste numa subjetivação do homem, visa alcançar uma finalidade que possui valor de uso, para isso o homem escolherá o instrumento mais adequado e usará habilidades apreendidas para satisfação de suas necessidades humanas através da transformação da natureza, sendo estas objetivações decorrentes do trabalho (NETTO; BRAZ, 2012).

A objetivação é resultante de três níveis de generalizações. O nível objetivo diz respeito ao valor que o objeto produzido passa a adquirir, pois influencia toda sociedade, passando a fazer parte da história humana (LESSA; TONET, 2011). O nível subjetivo subdivide-se no conhecimento inerente a cada sujeito utilizado para escolha de instrumentos para transformação da natureza e, no conhecimento adquirido pelo trabalho coletivo que passa ser incorporado pela sociedade, utilizado para outras objetivações.

Assim, na concepção de marxista, o trabalho como objetivação humana é também é uma atividade coletiva que possui a dimensão subjetiva, a prévia ideação e a dimensão objetiva que se concretiza com o trabalho, todo esse movimento dialético decorre da práxis.

Assim, a práxis abrange todas as objetivações, tanta na relação do homem com a natureza que consiste a objetivação principal o trabalho, ou na relação entre os homens que se constituem relações sociais, sendo estas objetivações decorrentes da categoria trabalho (NETTO; BRAZ, 2012).

Nesta perspectiva de análise, somente o ser social tem capacidade de realização do trabalho na prática, possibilitando a convivência em sociedade, a transferência de conhecimentos, o aperfeiçoamento do trabalho, na medida que a espécie humana foi se desenvolvendo, assim como seu modo de produção.

Por isso, o trabalho é essencial para existência dos seres humanos, nesse sentido “Em cada estágio de seu desenvolvimento, o ser social é conjunto de atributos e das possibilidades de sociedade, e esta é a totalidade das relações nos quais os homens estão em interação” (NETTO; BRAZ, 2012, p. 57).

O ser social é complexo e se constitui por subjetivações e objetivações decorrentes do trabalho. Quanto mais as relações sociais se desenvolvem alteram-se as configurações do processo de trabalho, surgem novas objetivações, pois fazendo parte da própria dinâmica capitalista que é complexa, contraditória esse está em constante movimento.

Para que o ato de trabalho alcance seu objetivo, é necessário o conhecimento que possibilite escolher os meios da realidade que são adequados à objetivação da prévia-ideação. Conhecer esses meios é, pois, imprescindível para a realização do trabalho. Por isso, quase sempre, o ato de trabalho bem-sucedido se baseia em um ‘conhecimento adequado’ da realidade que foi transformada. (LESSA; TONET, 2011, p. 47).

Sendo o trabalho um ato coletivo, os homens passaram a viver em sociedade o que possibilitou o desenvolvimento da linguagem, pois a comunicação se assenta na base da divisão social do trabalho e propiciou a cooperação entre os homens, “Através da linguagem articulada, o sujeito do trabalho expressa suas representações sobre o mundo que o cerca” (NETTO; BRAZ, 2012, p. 45). Desse modo, a necessidade de transmissão de conhecimentos serve para produção e reprodução do trabalho na sociedade.

Ao longo do processo histórico, a evolução do trabalho se deu com grupos de seres humanos, que se denominavam comunidades primitivas, esses grupos eram nômades, e estavam sempre se deslocando de uma região para outra para garantir sua sobrevivência. Estes realizavam atividades partilhadas entre os membros do grupo garantindo a subsistência, por meio da coleta de vegetais e da caça eventual, com auxílio de instrumentos rudimentares (NETTO; BRAZ, 2012).

A característica básica dessa organização social era a coleta de alimentos, como vegetais e pequenos animais, pelas florestas e campos. Como a atividade de coleta dependia da disponibilidade de alimentos na natureza, era pouco produtiva. Por isso, a organização social não poderia evoluir para além de pequenos grupos que migravam de um lugar a outro em busca de comida (LESSA; TONET, 2011).

Até aqui, compreende-se que a sociedade primitiva foi constituída por pequenos grupos de nômades, estes sobreviviam por meio da coleta de alimentos e pequenos animais, que a permanência no local perdurava enquanto houvesse alimento, do contrário migravam para outros territórios. A convivência era harmônica, visto que não havia hierarquia entre os membros do grupo, consequentemente, como toda coleta era compartilhada, inexistia desigualdade,

Contudo, o trabalho e seus efeitos já se faziam presentes mesmo nesse ambiente primitivo. Ao coletarem os alimentos, os homens iam conhecendo a realidade, e esse conhecimento era generalizado por todos os membros do grupo. Com o tempo, esses bandos foram capazes de produzir ferramentas cada vez mais desenvolvidas e foram conhecendo cada vez melhor o ambiente em que viviam. Com o desenvolvimento das forças produtivas, os bandos puderam aumentar de tamanho e se complexificaram. (LESSA; TONET, 2011, p. 52).

Para Neto e Braz (2012) com a evolução das forças produtivas, houve a descoberta de sementes e a domesticação de animais, permitindo que os homens produzissem excedentes, para além daquilo que necessitavam, cultivo de alimentos pela agricultura, sendo que essa ampliação de alimentos ajudou no desenvolvimento do homem. “Com o aparecimento da agricultura e da pecuária, os homens puderam, pela primeira vez, produzir mais do que necessitavam para sobreviver, ou seja, surgiu um excedente de produção” (LESSA; TONET, 2011, p. 53).

Vê-se que o trabalho estabelece uma convivência coletiva entre os homens, propiciando aperfeiçoamento dos meios de trabalho e aprimoramento pessoal, por sua vez, possibilita a descoberta de novas necessidades ou objetivações que serão satisfeitas através do processo de trabalho.

A existência desse excedente tornou economicamente possível a exploração do homem pelo homem. Temos aqui a gênese de algo radicalmente novo na história humana. Nas sociedades primitivas, os indivíduos, por mais que divergissem, tinham no fundo o mesmo interesse: garantir a sobrevivência de si e do bando ao qual pertenciam. Com o surgimento da exploração do homem pelo homem, pela primeira vez as contradições sociais se tornam antagônicas, isto é, impossíveis de serem conciliadas. A classe dominante tem que explorar o trabalhador, este não deseja ser explorado. (LESSA; TONET, 2011, p. 53).

Com o surgimento do excedente econômico, o processo de trabalho se desenvolveu, necessitando da divisão social do trabalho coletivo, alcançando mais produtividade graças a força de trabalho, objetos de trabalho e os meios de trabalho.

A sociedade escravista tinha como característica a existência de duas classes sociais, senhores e escravos, sendo que aos escravos incumbia a realização do trabalho e aos senhores toda produção pertencente, estes davam aos escravos o mínimo para garantir sua subsistência (LESSA; TONET, 2011).

Segundo Neto e Braz (2012) com o escravismo surge a propriedade privada, com isso vem a exploração do homem por meio do trabalho escravo, trazendo a possibilidade de uma produção de bens diversificadas, favorecendo o surgimento do comércio. O trabalho dos escravos era realizado sob repressão e controle, e o que produziam era para controle dos senhores, que forneciam o mínimo para garantir a subsistência da mão de obra escrava.

Os senhores acreditavam que com aumento da população de escravos obteriam mais produtividade e com isto mais riquezas, com isso, também surgiu a necessidade de criar uma instituição que controlasse as revoltas e aplicasse punições para manutenção da ordem social. Assim, institui-se o Estado e a criação de aparatos burocráticos como mecanismos estratégicos à classe de senhores, instituído para manter o domínio político e econômico (LESSA; TONET, 2011).

Com aumento da população de escravos e do exército, o Estado mostrou-se ineficaz em assegurar a ordem social no Império Romano, ocasionado o surgimento da corrupção. A riqueza dos senhores não foi suficiente para manutenção dos escravos e dos militares, com isso o regime escravocrata entrou em declínio, pois os senhores não estavam mais obtendo lucros.

Isso levou à revolta do exército e dos funcionários públicos e ao aumento da corrupção. A consequência foi o aumento tanto das invasões do império pelos povos que viviam nas suas fronteiras quanto das revoltas dos escravos. A desorganização do comércio, resultante das invasões e das revoltas no interior do império, diminuiu ainda mais o lucro dos senhores, de modo que

eles tinham ainda menos dinheiro para pagar os soldados e os funcionários públicos. Com menos recursos, a crise política e militar aumentou e a economia se desestruturou ainda mais. Esse círculo vicioso levou ao final do escravismo. (LESSA; TONET, 2011, p. 59).

A economia feudal caracterizada pela produção agrícola, sofre transformações que vão levar ao surgimento de uma classe de comerciantes, os burgueses.

O descontentamento dos membros do exército era plausível, pois elevou-se as invasões de povos fronteiriços na disputa pelo território Romano, como consequência, ocorre a desorganização do comércio e a revolta dos escravos, que já não viviam em boas condições, com a crise tornou-se insustentável as condições de vida que lhe eram impostas.

A falta de recursos econômicos, resultou na desestruturação política e militar do Império Romano. Nesta época os escravos não tinham uma organização coletiva, muito menos consciência de sua condição de classe, por isso o fim do escravismo foi inevitável e sua transição para o Regime Feudal foi morosa, levou cerca de três séculos para se efetivar. “Assim, quando o Império Romano, sob pressão das chamadas ‘invasões bárbaras’ desintegrou-se na metade inicial do primeiro milênio da nossa era, também foi abaixo o escravismo” (NETTO; BRAZ, 2009, p. 80).

Com a decadência do regime escravocrata que extinguiu o Império Romano, se consolidou o modo de produção feudal ou feudalismo. As comunidades perdem o contato e a produção diminui, não havia mais comércio, assim foi necessário que as comunidades se tornassem autossuficientes. Por isso, a organização social dos feudos tinha como atividade econômica a agricultura, esta foi possível pela mão de obra dos servos.

O trabalho no campo era realizado pelos servos. Estes, diferente dos escravos, eram proprietários das suas ferramentas e de uma parte da produção. A maior parte dela ficava com o senhor feudal, proprietário da terra e também líder militar, a quem cabia a responsabilidade da defesa do feudo. Ele não poderia vender a terra ou expulsar o servo; este, em contrapartida, não poderia abandonar o feudo. O servo estava ligado à terra e o senhor feudal, ao feudo. (LESSA; TONET, 2011, 61-62).

A Idade Média ou medieval foi um extenso período histórico, divide-se em Alta Idade Média, séculos V ao XI, onde se consolidou o modo de produção feudal e, a Baixa Idade Média, séculos XII ao XV, quando o sistema feudal entrou em crise. Foi um período obscuro e intolerante, denominado de idade das trevas (PEDRERO-SÁNCHEZ, 2000)

O modo de produção feudal, consiste numa relação de servidão, onde os servos como produtores diretos trabalhavam nas lavouras dos feudos, na qual os nobres senhores feudais lhe destinavam uma gleba arável para moradia dos servos e família, mediante pagamento de tributos e prestações. A relação dos senhores feudais com os servos exigia um compromisso mútuo, onde os servos prestavam serviços nos feudos em contrapartida ganhavam a proteção dos senhores (NETTO; BRAZ, 2012).

Esse novo modelo de organização social, solucionou o problema de produção, pois os servos ficavam com parte da produção nos feudos, por isso também tinham interesse na ampliação da produção.

Como resultado desse interesse, começaram a desenvolver novas ferramentas, novas técnicas produtivas, novas formas de organização do trabalho coletivo, aprimoraram as sementes, melhoraram as técnicas de preservação do solo. Em poucos séculos a produção voltou a crescer e, graças à melhor alimentação, a população aumentou. (LESSA; TONET, 2011, 62).

Isso levou à crise o sistema feudal, pois além de ter excesso de servos também tinham excesso de produção, e não tinham como comercializá-lo, diante disso os senhores feudais descumpriram o acordo e retiraram os servos dos feudos, isso levou os servos a prática de delitos para assegurar sua subsistência (LESSA; TONET, 2011).

Posteriormente, devido a expansão das atividades mercantis, retorno das cidades e da comercialização, surgem novas fontes de riquezas como atividade mobiliária, agricultura e pecuária, entre outras. “O surgimento/renascimento de rotas comerciais com o Oriente, aliada à existência de um excedente agrícola comerciável permitiu que ocorresse um importante fenômeno para o surgimento do capitalismo: a Revolução Comercial” (FERLA; ANDRADE, 2007, p. 2).

Consequentemente, a Revolução Urbana ou repovoamento das cidades, retoma-se as atividades urbanas e isto propicia a migração dos camponeses para as cidades em busca de trabalho, pois o campo deixou de produzir alimentos para necessidades e produção de matéria prima para atender as necessidades das cidades. O crescimento do comércio cria uma nova classe social, a burguesia (FERLA; ANDRADE, 2007).

Institui-se o Estado Absolutista, em resposta a rebeldia dos servos, a centralização do poder a critério do monarca torna-se incontestável, os senhores

feudais foram perdendo poder e os comerciantes ganharam espaço, pois tornaram-se financiadores criando monopólios comerciais (NETTO; BRAZ, 2012).

Com a ampliação e fortalecimento do comércio tem o surgimento da manufatura, sendo esta condizente com a monarquia, pois a classe burguesa estava se fortalecendo e alcançando poder político, mas as decisões continuavam com o Estado Absolutista. Esta motivação foi suficiente para Revolução Social, pois o feudalismo demonstrava sua estagnação, exigia-se novas relações de produção, assim culminou na Revolução Burguesa (NETTO; BRAZ, 2012).

Assim, a revolução comercial e a revolução urbana criou relações assalariadas que não absorviam toda mão de obra disponível, isso trouxe problemas sociais para as cidades, especialmente, para servos e camponeses que viviam na miséria, se rebelaram contra os senhores feudais e os burgueses, levando o feudalismo ao declínio.

Além da fome, a crise do sistema feudal acentuou-se pelas intensas pestes que se alastravam pela Europa, dizimando boa parte da população. Estas pestes vinham do comércio com o Oriente. Desta forma, criou-se um ciclo de desgraças, chamado de trilogia de catástrofes, mais conhecida pela fome, epidemias e guerras. (FERLA; ANDRADE, 2007, p. 3).

A Revolução Industrial, séculos XVI e XIX, introduz inovações tecnológicas e organizacionais ao processo de produção, mas, principalmente, altera a estrutura da sociedade, pois substitui as ferramentas manuais pela máquina, assim introduz novas formas de produzir mais eficientes e em maior quantidade. Consolida o modo de produção capitalista, pois o mercantilismo introduz o trabalho assalariado sob controle da burguesia, criando uma nova classe social, o proletariado (COGGIOLA, 2015).

De acordo com Marx (2011) para o capitalismo é essencial a extração da mais valia, ou seja, extração do tempo excedente de trabalho sem a devida contraprestação. Isto foi possível devido as mudanças no processo e trabalho, onde ampliou-se o contingente de trabalhadores(as) e a exploração da força de trabalho.

A mais valia relativa ocorre com a introdução de novas tecnologias que propiciam aumento da produtividade. A mais valia absoluta consiste na ampliação da jornada de trabalho sem aumento de salário.

Tendo em vista que a mão de obra excede a oferta por trabalho, permite ao capitalista determinar o valor que será pago essa força de trabalho, pois a este pertence os meios de produção. A extração de mais valia se concretiza em lucro para o capitalista, enquanto evidencia a pobreza do proletariado.

Com a consolidação do modo de produção capitalista, as mercadorias são trocadas por dinheiro, de acordo com o tempo de trabalho socialmente necessário nele investido. Isto decorre do que Marx (2011) denomina lei do valor que regula as relações econômicas no sistema capitalista. A lei do valor é o único regulador do processo de trabalho, o controle do processo produtivo não pertence ao trabalhador(a).

A ação da lei do valor é acionada pela concorrência de mercado, sendo que esta determina o volume de produção e o preço da mercadoria. “O modo de produção capitalista tem em sua essência uma nova forma de exploração do homem pelo homem: do trabalhador, a burguesia compra apenas a sua força de trabalho” (LESSA; TONET, 2011, p. 63).

O produtor direto não detinha a posse do dinheiro, pois este era usado como meio de troca direta entre produtores e consumidores. Entretanto, com o desenvolvimento do comércio, a circulação de mercadoria tornou-se mais complexa, os comerciantes não controlavam sua produção. E, com a produção de excedentes ocorre a divisão do trabalho no processo produtivo, assim o produtor direto deixa de ter contato com o comerciante.

“Contudo, para que a força de trabalho possa ser convertida em mercadoria, ou seja, possa ser comprada e vendida no mercado, é necessário que o trabalhador seja separado dos meios de produção e do produto produzido” (LESSA; TONET, 2011, p. 64). Segundo os autores, Marx denominou esse processo de ‘acumulação primitiva do capital’.

O modo de produção capitalista em sua fase mercantil ou comercial, século XV a XVIII, se assenta na divisão social do trabalho e na propriedade privada dos meios de produção. Nesta relação, o(a) trabalhador(a) tem apenas a propriedade de sua força de trabalho, enquanto o capitalista detém a propriedade privada dos meios de produção, este explora a mão de obra do(a) trabalhador(a) para produção de mercadorias e extração da mais valia (NETTO; BRAZ, 2012).

A produção mercantil capitalista tem como especificidade seu fundamento no trabalho assalariado, isto é, a divisão do trabalho propiciou a criação de duas classes sociais antagônicas, sendo a burguesia e o proletariado. A burguesia pertence a propriedade privada e os meios de produção, enquanto ao proletariado só pertence sua força de trabalho, que é vendida ao burguês mediante pagamento de um salário.

Estas classes sociais constituem a base social da produção capitalista, permeada por relações contraditórias entre capital e trabalho, onde a exploração da força de trabalho do proletariado produz riquezas, mas não retira a classe trabalhadora da condição de pobreza.

Com a consolidação do modo de produção capitalista retira do homem o controle do processo de trabalho, onde o processo produtivo é regulado pela lei de mercado. A mercadoria produzida acaba adquirindo um poder sobrenatural no capitalismo, o que Marx (2011) denomina de fetichismo da mercadoria, onde a relação entre homens torna-se relação entre coisas, o fenômeno da reificação ou coisificação que se traduz pela alienação dos sujeitos alienação.

A alienação ocasiona uma separação entre trabalhador(a) e produto, pois apesar do(a) trabalhador(a) ser o produtor direto da mercadoria, esta não lhe pertence, o que importa é o valor de troca que a mercadoria possui. O trabalho que antes servia para satisfação das necessidades vitais do homem, agora serve às necessidades do capital onde o processo de produção determina as regras.

Nesse contexto, ocasiona um processo de estranhamento, onde o homem vive do trabalho e pelo trabalho, perde sua humanidade, não se reconhece enquanto parte do processo de trabalho, ocasionando um estranhamento em relação aos outros homens. Estas constituem-se os níveis de alienação segundo Marx (2011)

Isto, leva à reflexão que a interferência do homem na natureza assegurou meios para subsistência humana, mas por outro lado, trouxe consequências a partir do trabalho que permitiu excedentes para valorização do capital. Engels (1999) explica que os modos de produções que já existiram, buscavam utilidade do trabalho, só não conseguiram prever as consequências que o processo de acumulação do capital acarretaria para sociedade.

1.2 Processo de trabalho no capitalismo

Com o desenvolvimento histórico, da sociedade primitiva para a sociedade de classes, as relações sociais se ampliaram, tornaram-se mais complexas em decorrência das transformações do processo produtivo que culminaram no modo de produção capitalista. Para Lessa e Tonet (2011, p. 71) “Com o desenvolvimento do capitalismo, essas sociedades foram por fim articuladas por meio do desenvolvimento

do mercado mundial, de tal modo que, nos dias de hoje, a humanidade está efetivamente integrada numa vida social comum.”

O estabelecimento da sociedade capitalista, deixou evidente as contradições entre as classes antagônicas, a burguesia e o proletariado, assim foi inevitável a instituição do Estado para controle da sociedade.

O capitalismo como sistema econômico, se dividiu em três fases: o capitalismo comercial ou mercantil, do século XV ao XVIII; o capitalismo industrial, do século XVIII e XIX, e o capitalismo financeiro ou monopolista, a partir do século XX. Tem como características principais, a propriedade privada, o lucro e o trabalho assalariado. Com o capitalismo a exploração do homem pelo homem se intensificou, e o Estado foi essencial para legitimação da produção e reprodução do capital.

De acordo com Carvalho e Iamamoto (2014) o Estado foi indispensável para que as relações sociais reproduzam socialmente a ideologia capitalista, pois é uma instituição que busca manter a dominação. O Estado precisa reconhecer e assegurar direitos à população para manutenção da hegemonia do capital através da regulação social e do controle repressivo.

Com as lutas de classes, há necessidade de um novo conjunto de instituições, em especial o Estado e o Direito, que aumenta ainda mais a complexidade e a heterogeneidade das formações sociais. Essa linha de evolução continua até os dias de hoje, quando a crescente integração da vida cotidiana de todos nós em um processo histórico imediatamente universal se articula com a complexificação da reprodução de cada sociedade particular. (LESSA; TONET, 2011, p. 72).

No século XX o sistema capitalista vai provocar transformações mundiais no modo de produção. O Toyotismo surge como sistema de acumulação flexível e nas condições de produção complexa do capital, trazendo inovações organizacionais, novo modelo de gestão do trabalho vivo para captura da subjetividade dos(as) trabalhadores(as), onde o capital passa a comandar o processo de trabalho (ALVES, 2011).

A expansão do modo de produção capitalista possibilitou produção da mais valia relativa, a partir da introdução de maquinários, novas tecnologias, adoção do taylorismo, aprofunda a intensificação da jornada de trabalho, trazendo mais produtividade e lucratividade para os capitalistas. A divisão do trabalho, por meio da especialização das atividades, as máquinas ditavam o ritmo de trabalho, o(a) trabalhador(a) perdeu o controle do processo produtivo.

Essas transformações no processo de produção, foram necessárias para adequação de trabalhadores(as) as novas determinações do processo de trabalho. O mercado de trabalho passou a exigir um trabalhador mais qualificado, polivalente e com capacidade para resolução de problemas, tomada de decisões, entre outras. Explicam Lessa e Tonet (2011, p. 73): “Uma vida social mais complexa exige indivíduos mais capacitados. A existência de indivíduos mais capacitados, por sua vez, é uma das condições para que a sociedade continue na sua evolução.”

Segundo Alves (2011) o modelo japonês Toyotista trouxe inovações organizacionais para o sistema de gestão da produção, consiste numa ideologia orgânica, decorrente da reestruturação produtiva com novas tecnologias que flexibilizaram o processo de trabalho, trazendo mais eficiência e redução de custo. Pressupõe trabalho em equipe no sistema de manufatura (*just-in-time*) traz redução de desperdícios, produz mais com menos trabalhadores(as), através do engajamento moral e intelectual de trabalhadores(a), pois a captura da subjetividade descaracteriza o aumento da exploração.

Este processo fez com que as necessidades materiais fossem preteridas às necessidades sociais. “Quanto mais as formações sociais se desenvolvem, mais elas articulam a vida dos indivíduos entre si e mais heterogêneas se tornam, dando origem a diferentes e novas relações sociais, instituições e complexos sociais” (LESSA; TONET, 2011, p.74).

No tocante a reprodução social, na medida em que a sociedade capitalista se desenvolve, exige que os indivíduos também se desenvolvam, pois há necessidade da articulação entre homem e o processo produtivo, e as relações sociais passam a ser determinadas por este.

Não há desenvolvimento social que não implique, de algum modo, também o desenvolvimento dos indivíduos e vice-versa. Este último é uma necessidade e uma possibilidade postas pela reprodução social. Por isso a reprodução da sociedade e a do indivíduo são dois polos do mesmo processo, isto é, são momentos distintos, porém sempre articulados. (LESSA; TONET 2011, p. 74).

O trabalho realizado pelos homens foi, e é determinante, para evolução da sociedade e suas relações sociais, portanto, há uma relação de dependência entre homem e sociedade. Com o capitalismo o homem se tornou sociável, negando sua generalidade concreta da vida social em busca de meios para acumulação de riqueza

e satisfação das suas necessidades materiais, tal pensamento é disseminado pela reprodução social do capital.

Na concepção de Marx o processo de trabalho contempla três elementos: meio, objeto e trabalho propriamente dito. Sobre o meio o indivíduo irá realizar o trabalho, o objeto corresponde ao conjunto de coisas que o(a) trabalhador(a) irá utilizar para execução do trabalho, ou seja, os instrumentos, e por fim, a atividade trabalho, consiste na ação previamente idealizada pelo homem com intermédio dos objetos para transformar a natureza e atender suas necessidades (DUARTE,1985).

O trabalho na sociedade capitalista se desenvolve no processo de trabalho, contemplando: a força de trabalho e os meios de produção. Para que o trabalho se efetive na prática é necessário o dispêndio da energia humana, ou seja, a força de trabalho exercida com auxílio de objetos sob o meio de trabalho, estes são denominados meios de produção. Nesse sentido, o conjunto de força de trabalho e meios de produção é o que se entende por forças produtivas (NETTO; BRAZ, 2012).

No decorrer do processo histórico, as forças produtivas se desenvolveram e o processo de trabalho foi fragmentado devido a divisão social e técnica do trabalho, assim, as forças produtivas formam a relação de produção.

Para Neto e Braz (2012) as relações de produção a partir da introdução de novas tecnologias no processo de trabalho criaram níveis de especialização, com isso, o capitalista conseguiu exercer maior controle sobre os(as) trabalhadores(as). Assim, a articulação dessas relações de produções com as relações sociais determina o tipo do modo de produção.

O trabalho, é antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se confronta com a matéria natural como uma potência natural [*Naturmacht*]. A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele se põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços, e pernas, cabeça e mãos. Agindo sobre a natureza externa, modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. (MARX, 2011, p. 255).

A existência de uma contradição histórica se evidenciou com o modo de produção capitalista, pois este sistema sustenta a base da ordem social, onde a superestrutura determina a configuração da infraestrutura social.

A estrutura consiste na base econômica que sustenta a ordem social capitalista, isto é, o conjunto de forças produtivas e de relações sociais de produção. A

superestrutura é formada por mecanismos ou aparatos ideológicos criados para manutenção e reprodução do capital, como: o Estado, a Igreja, a economia, a educação, a política, a lei, a mídia, a cultura, entre outros.

A alienação decorre do trabalho no modo de produção capitalista, onde o(a) trabalhador(a) possui apenas a sua força de trabalho para vender, enquanto a classe dominante, detém os meios de produção e a propriedade privada. Nesse contexto, o(a) trabalhador(a) é obrigado vender sua força de trabalho e é explorado pela classe dominante mediante pagamento de salário, sendo este incompatível com o tempo de trabalho socialmente necessário para produção da mercadoria. Ou seja, o capitalista busca a exploração do tempo de trabalho excedente para extração da mais valia, permitindo obtenção de lucros e acumulação de riquezas (NETTO; BRAZ, 2012).

Mas a alienação do trabalhador não só se expressa na sua relação com os produtos de trabalho. A alienação se manifesta no próprio ato da produção, no trabalho. O trabalho aparece como algo externo ao trabalhador, como algo em que não se afirma, mas se nega a si mesmo; que o mortifica. Só se sente livre quando deixa de trabalhar. (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014, p. 62).

A alienação é, portanto, inerente a sociedade de classes que se assenta na contradição entre capital e trabalho. Permite aos burgueses à exploração dos(as) trabalhadores(as) e a extração de mais valia para acumulação de riquezas e, ainda, contribui para produção e reprodução social da ideologia do capital.

O trabalho gera valor constituindo a riqueza social, assim o valor de uma mercadoria depende da quantidade de trabalho. Em Marx (2011) o valor das mercadorias no capitalismo era determinado pelo tempo socialmente necessário, isto é, o valor de uso, que se expressa pelo preço.

O trabalho, com todos os seus resultados, reafirmamos, é o produtor dessas diferenciações e especificidades. Assim, no que concerne ao ser social, as novas categorias e relações surgidas a partir do trabalho – que realiza o salto ontológico para esta esfera – são marcadamente sociais e, na reprodução social, constituem o momento predominante. (LIMA, 2009, p. 58).

Acrescenta-se que a reprodução social tem uma dependência permanente entre homem e natureza, sendo a reprodução biológica um fator importante para a manutenção da sociedade de classes (LESSA; TONET, 2011), pois a força de trabalho mantém o modo de produção capitalista.

O capital na sua forma elementar de dinheiro ou mercadoria só é potencialmente capital; deve se transformar em capital real e efetivo no processo de produção, mediante a incorporação da força de trabalho viva,

que conserva os valores das mercadorias que ingressam no processo produtivo e criar novos valores. (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014, p. 42).

A acumulação de capital se desdobra em alguns processos, isto é, primeiro ocorre a compra dos meios de produção e da força de trabalho, depois a matéria-prima se transforme em produto, por fim, a mercadoria é comercializada e torna-se dinheiro. Esse é o processo de produção e de reprodução social do capital.

O dispêndio da força de trabalho é visualizado quando o homem utiliza dos instrumentos de trabalho para intervir na natureza, transformando-a naquilo que foi idealizado previamente, isto é, o trabalho. Sendo assim, a força de trabalho é consumida pelo capitalista, sendo a este também pertencente os meios de trabalho.

É, portanto, “Estabelecida a relação entre comprador e vendedor da força de trabalho abre-se um novo período da história social humana no qual os bens necessários à vida humana também serão produzidos como mercadorias” (GRANEMANN, 2009, p. 8).

O trabalho, explica Marx (2011), possui valores de uso, o que pressupõe a existência de uma utilidade, ou seja, realiza-se o trabalho pelo tempo socialmente necessário para satisfação de necessidades essenciais da vida, denominado trabalho concreto. E, o trabalho possui valores de troca que pressupõe a produção de mercadorias com intuito de obtenção de lucros, através da extração da mais valia do trabalho excedente, denominado trabalho abstrato. Enquanto o trabalho concreto enfatiza a qualidade, o trabalho abstrato busca quantidade.

Desse modo, a força de trabalho torna-se uma mercadoria a ser comprada pelo capitalista, mediante pagamento de baixo salário, pois na era do capital o trabalho excedente é capturado pelo capitalista, cria valor de troca que se traduz em obtenção lucros, exercida com o controle do capitalista.

Nessa relação reside marca particular da sociedade capitalista: relações sociais são convertidas em relações econômicas quando a força de trabalho é concedida pelo vendedor (o trabalhador) ao comprador (o capitalista) como mercadoria, por tempo determinado sem que o vendedor renuncie a sua propriedade. (GRANEMANN, 2009, p.7).

O trabalho vivo é a intervenção humana sobre a natureza, isto é, após vislumbrar teologicamente seu objetivo, o homem através da força de trabalho junto aos instrumentos de produção, transforma a natureza em matéria prima útil para satisfação das necessidades sociais e reprodução do capital. O trabalho vivo é vital

para o capitalismo, sendo o elo que une e transforma o homem e natureza (HAMRAOUI, 2014)

O trabalho vivo mantém valorização dos meios de produção, assim como contribui para reprodução do capital devido ao trabalho excedente que gera a mais valia para classe dominante (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014). Sem a força de trabalho o modo de produção capitalista inexistiria, noutras palavras os(as) trabalhadores(as) são imprescindíveis para a reprodução do capital.

Mediante a exploração da força de trabalho se produz relações sociais e se reproduz o capital. A reprodução social é inerente ao sistema capitalista, pois àquela é condicionada pelo modo de produção, a mais valia extraída da classe trabalhadora pelos burgueses se transformam em acúmulo de capital, sendo parte deste lucro adicional empregado no processo produtivo, para ampliar as riquezas e explorar a força de trabalho.

Mediante a sucção do trabalho, o capital não só se produz como capital, mas se reproduz: a mais valia criada se converte em meios de consumo da classe capitalista e em capital adicional empregado em nova produção, em novo meio de exploração do trabalho assalariado. (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014, p. 53-54).

A autora complementa que: “A classe trabalhadora cria, pois, em antítese consigo mesma, os próprios meios de sua dominação, como condição de sua sobrevivência.” (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014, p. 54). Eis a contradição, pois a própria classe trabalhadora ao não se reconhecer enquanto parte no processo de trabalho, devido sua alienação ou estranhamento, colabora para a manutenção do sistema capitalista, pois é obrigado a vender sua força de trabalho para garantia de sua subsistência.

Socialmente os(as) trabalhadores(as) são atributos do sistema capitalista, mas tal realidade é mascarada pela alienação e fetichismo da mercadoria, que mantem o(a) trabalhador(a) empenhado em dispor de sua força de trabalho para satisfazer as necessidades do capital, pois deixaram de sentir-se parte do processo de trabalho, apenas reproduzem o ideário burguês nas relações sociais. Nesse sentido, ao se submeter ao capital se distancia das lutas sociais (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014).

A reprodução ampliada do capital é acompanhada não só de uma reprodução ampliada das relações de classes, à proporção que o proletariado absorvido pelo capital se expande; mas esta reprodução da relação social é também uma reprodução dos antagonismos de classe que tendem a se aprofundar. A

acumulação da miséria é proporcional à acumulação do capital. (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014, p. 69).

Os autores afirmam que;

A reprodução ampliada do capital supõe a recriação ampliada da classe trabalhadora e do poder da classe capitalista e, portanto, uma reprodução ampliada da pobreza e da riqueza e do antagonismo de interesses que permeia tais relações de classes, o qual se expressa na luta de classes. (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014, p. 73).

A ampliação da reprodução do capital reflete na ampliação das desigualdades sociais, uma vez que com a transformação do modo de produção capitalista na contemporaneidade adquire novas morfologias.

A força de trabalho em ação, sendo a substância que produz a riqueza, a reproduz como riqueza para outros. Assim, o trabalho se torna para o trabalhador como algo que lhe é estranho, que o mortifica e o qual se aliena, mas através do qual são também gestadas as condições de sua efetiva libertação. (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014, p. 76).

No sistema capitalista fica evidente a contradição, pois a força de trabalho dos(as) trabalhadores é geradora de riquezas apenas para a classe dominante, sendo que o(a) trabalhador(a) contribui para produção e reprodução social do capital. O trabalho concreto que era realizado para uma finalidade de subsistência, valor de uso, tornou-se trabalho abstrato, alienado, um mal necessário que garante a sobrevivência na sociedade capitalista.

Para Carvalho e Iamamoto (2014), tal situação contraditória pode ser, do mesmo modo, a busca por uma nova ordem societária, ou seja, na perspectiva marxista uma sociedade que não seja baseada na propriedade privada e divisão de classes. Complementando a análise Netto e Braz (2012) o projeto profissional do Serviço Social está coerente a esta direção, na defesa da construção de um novo projeto de sociedade onde não exista exploração de classe, etnia e gênero.

1.3 Política de saúde no Brasil

No Brasil, o início do século XX é marcado por um contexto histórico, econômico, político e social de aprofundamento das desigualdades e de adoecimento da classe trabalhadora. Desse modo, cabe analisar as condições que levaram, a criação da política de saúde.

[...] entender a questão da saúde no Brasil é, antes de tudo, considerar que a formação nacional foi fundamentalmente baseada na articulação entre

dependência externa e segregação social interna, especificidade que baliza a condução de todas as questões sociais no país. [...] O Estado aparece de forma fraca e incapaz de garantir mecanismos de proteção social além de facilitar, em certa medida, o fortalecimento da lógica capitalista neste setor. (PEGORARO, 2015, p. 14).

Com o desenvolvimento do modo de produção capitalista ampliou-se o contingente populacional das cidades, mas sem investimentos na infraestrutura como saneamento básico para as moradias o que resultou no agravamento dos problemas sociais, principalmente, doenças e epidemias.

Nesse período a saúde emerge no cenário do país como questão social, com um quadro de doenças infecto contagiosas, epidêmicas e endêmicas, resultantes das condições de vida e de trabalho da população (BRAVO, 2013). As primeiras ações na saúde pública foram de cunho higienista, pois a situação de saúde da população urbana e rural se agravava, devido ao desenvolvimento acelerado da economia agroexportadora da migração rural para as cidades, entre outras situações.

No âmbito econômico, a importação e exportação de mercadorias através de navios foi comprometida, ocasionando prejuízos financeiros, assim, o governo se viu obrigado a responder algumas demandas sociais para manutenção dos interesses do capital.

O papel dos movimentos operários, no final do século XIX, foi importante e reivindicava por direitos trabalhistas, assistência médica, construção de hospitais, medidas previdenciárias, melhorias da condição de saúde. Outro movimento significativo foi o do anarquismo que defendia a atuação do sindicato na defesa dos direitos de trabalhadores(as).

Este movimento entendia que a situação de saúde da população era decorrente das péssimas condições de vida e de trabalho e defendia a extinção do trabalho infantil, questionava a mortalidade de trabalhadores(as), a falta de segurança e os acidentes de trabalho.

Como resultado dessa organização, ocorreram três congressos do movimento operário, em 1906, 1913 e 1920, onde ocorreu a disputa entre o Movimento Trabalhista e o Movimento Anarquismo, este contou com apoio dos(as) trabalhadores(as), seguia a ideologia de anarcosindicalismo e defendia o papel dos sindicatos como espaço de luta, cuja principal objetivo era greve geral (BRAVO, 2013).

O movimento trabalhista, “[...] invocava o direito, a lei, a ética, a consciência humanitária dos representantes do capital; a anarcossindicalista recusava a lei,

negava o Estado e seus representantes, pregando o confronto direto entre operários e patrões.” (BRAVO, 2013, p. 116). Apesar de serem diferentes, ambas tendências defendiam que a redução da jornada de trabalho resultaria em melhores condições para vida dos(as) trabalhadores(as).

Segundo Ravagnani (2010), na década de 1920 a formação em saúde se norteava pelas necessidades nacionais, tendo como referência para tratamento e a cura de doenças os hospitais, como espaços em que os profissionais da saúde deveriam estar inseridos, pois na clínica os profissionais aplicam métodos experimentais.

Dentre as medidas governamentais, optou-se por medidas sanitaristas para conter as epidemias e realizavam a vacinação em massa. A população empobrecida foi obrigada a tomar vacinas, isto causou muita revolta e a pressão dos movimentos operários, que recusavam a vacinação, até porque não entendiam sua motivação, tal episódio ficou conhecido como Revolta da Vacina.

A assistência à saúde no Brasil, historicamente, possui um caráter mercantil, tendo em vista o incentivo do Estado para ampliação do setor médico privado. E, a construção de sua base, como política de saúde, ocorre na década de 1930, com a criação de políticas de proteção social implementadas pelo Estado (PEGORARO, 2015).

As péssimas condições de vida dos(as) trabalhadores(as), acarretaram o adoecimento da população, era uma situação naturalizada pelo Estado, responsabilizando o indivíduo por sua condição de pobreza e sua incapacidade patológica, isso justificava sua posição social de subalternidade (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014).

Na economia cafeeira, os problemas de saúde e suas formas de atendimento apareciam de duas maneiras prioritárias: Endemias e problemas gerais de saneamento nos núcleos urbanos resultado do processo de acumulação cafeeira; Escassez relativa de mão de obra e péssimas condições de reprodução da força de trabalho, o que acarretou na estratégia pública e privada de atração e retenção da mão de obra. (PEGORARO, 2015, p. 15).

O modelo de saúde adotado importava novas tecnologias para combate das doenças, as quais são adotadas pelos médicos sanitaristas para a diminuição da mortalidade devido ao controle de doenças como febre amarela, tuberculose e malária. Outro fator importante foi criação de institutos de pesquisa que investigavam

a causa de doenças, e se instituíram mais escolas médicas com a influência norte americana (BRAVO, 2013).

Frente ao agravamento dos problemas sociais as,

[...] suas soluções são imediatistas a exasperados problemas que poderiam vir a comprometer o processo de acumulação cafeeira. Não se tratava de criar melhores condições de vida à população nem garantia de direitos humanos e sim defender os interesses pré-capitalistas através da acumulação cafeeira. Ademais, a precária estrutura financeira e as bases sociais restritas do Estado brasileiro implicavam na incapacidade de resposta aos problemas sociais de forma satisfatória. (PEGORARO, 2015, p. 15-16).

Em relação às políticas sociais pelo Estado, o autor esclarece:

As políticas sociais, em geral, e a de saúde, especificamente, não representavam a formação de um sistema de proteção social e não eram, portanto, baseados em direitos. Tais políticas eram direcionadas à preservação da fluidez dos negócios (exportação de café, borracha e minérios, industrialização por substituição de importações), garantindo o mínimo necessário à reprodução da força de trabalho. Dessa forma, as políticas eram relacionadas basicamente ao combate à mortalidade excessiva por epidemias e garantia de atendimento aos setores ligados às atividades mais dinâmicas do setor industrial. (PEGORARO, 2015, p. 16).

É um contexto marcado pela introdução da industrialização no processo de trabalho, que ocasionou o êxodo rural dos camponeses, que desencadeou numa urbanização desordenada, criou-se um exército industrial de reserva com a oferta de emprego menor que a procura.

Com a transformação do sistema produtivo, propõe-se algumas soluções para o aumento da produtividade em detrimento da condição de saúde dos(as) trabalhadores(as). Os capitalistas obtiveram mais lucros intensificando a exploração da força de trabalho, sob a justificativa de que o(a) trabalhador(a) não era qualificado.

As doenças eram provenientes das precárias condições de moradia e de trabalho, relacionadas às péssimas condições de infraestrutura e saneamento básico. O Estado imputava as famílias a responsabilidade por sua saúde, defendia que a falta de higiene das famílias ocasionava as doenças e não reconhecia as condições objetivas determinada pela sociedade capitalista.

“Logo, era necessário ‘começar pela reforma do homem’, despertando-lhe o gosto pela casa; mostrar a necessidade de habitação sadia. Há a necessidade de uma intensa campanha educativa e o aumento de fiscalização sanitária.” (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014, p. 218).

Considerando que as cidades não possuíam infraestrutura para receber um contingente acelerado de pessoas, os camponeses foram obrigados a se

estabelecerem nos arredores das cidades e constituíram as periferias, onde as condições de vida eram precárias e as políticas públicas ausentes.

Foi necessária uma resposta do Estado, pois as péssimas condições de vida e de trabalho, aliado ao abstencionismo do Estado resultaram no adoecimento da classe trabalhadora e isto comprometia o projeto de crescimento econômico do país.

As condições objetivas da classe trabalhadora, como a moradia, o salário, entre outras, determinadas pelo capital, motivaram a organização e a luta dos(as) trabalhadores(as) para defender seus interesses enquanto classe. As reivindicações por melhores condições de vida, de trabalho, o reconhecimento de direitos, a implementação de políticas públicas, inclusive cuidados com a saúde, fortaleceram as lutas sociais. Assim, o Estado,

[...] se vê obrigado, pelo poder da pressão das classes subalternas, a incorporar, ainda que subordinadamente, alguns de seus interesses, desde que não afetem aqueles da classe capitalista como um todo, dentro de um 'pacto de dominação'. As relações sociais, explicam, pois, o Estado. (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014, p. 88).

No entanto, as medidas adotadas não alteram o quadro social e “Deterioram-se também as condições sanitárias, que se transformaram em foco de enfermidades antigas e do surgimento de novas.” (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014, p. 224). As medidas sanitaristas eram pontuais, encaminhando os trabalhadores(as) enfermos para serviços médicos e obras sociais, buscando a reintegração do(a) trabalhador(a) ao sistema produtivo, propondo aos incapacitados atividades que geravam renda, etc.

O aumento do ritmo de trabalho, não elevou a remuneração, e agravou as condições de subsistência dos(as) trabalhadores(as), e as consequências dessa realidade eram amenizadas, sendo que as doenças e epidemias eram passíveis de tratamento médicos e medicamentos.

Nesse período, a assistência à saúde é centrada na doença “[...] compondo um projeto de medicalização das sequelas da exploração, que aparecerá de forma mais evidente nas conjunturas mais recentes.” (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014, p. 255).

Até então, saúde era considerada como ausência de doença e adotava o modelo de saúde biomédico ou unicausal que considerava apenas agentes biológicos como responsáveis pelas doenças, sendo competência da medicina identificar e combater o agente causador (vírus ou bactéria). Este modelo era centrado no médico e tinha uma perspectiva curativista.

Em 1948 a Organização Mundial de Saúde (OMS) traz um novo conceito para saúde que considera os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, e a saúde passa ser considerada como estado de completo bem-estar físico, mental e social; passando a adotar o modelo de saúde multicausal, mas considera isoladamente múltiplos fatores. A OMS trouxe a ideia de trabalho multidisciplinar que possibilitou ampliação da abordagem em saúde, trazendo medidas preventivas e educativas, indicando segmentos prioritários, tendo em vista que a universalização da saúde não era possível (BRAVO; MATOS, 2007).

Na década de 1950 emerge o Movimento Preventista que buscava reformulação no ensino dos cursos de graduação na saúde, visando qualificar a prática profissional para responder aos problemas de saúde, inserindo conteúdos de prevenção voltados para saúde pública (RAVAGNANI, 2010).

Conforme adoção do modelo de assistência à saúde no país, na década de 1960 a medicina previdenciária sobrepõe a saúde pública, onde ampliou-se a cobertura previdenciária a outras categorias de trabalhadores(as) formais, mas o foco era a medicina curativista. Ainda, aponta a tendência de favorecimento do setor privado com objetivo de ampliar o complexo médico-industrial (BRAVO; MATOS, 2007)

Por outro lado, desenvolvia-se a educação para a saúde nas comunidades e a intervenção medicamentosa sobre o corpo para todos os tipos de sintoma, está com dispensa à escuta e ao diálogo tanto entre os profissionais e destes para com sujeitos e coletividades atendidas. (RAVAGNANI, 2010, p.128).

As influências da Ditadura Militar, no período de 1964-1979, refletem no trabalho do(a) assistente social na saúde, centrado no modelo curativista, tendo como maior campo de atuação a assistência médica previdenciária. Dentre as funções realizadas se destacam as “[...] técnicas de intervenção, burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios.” (BRAVO; MATOS, 2007, p. 31).

O Movimento para a Reforma Sanitária se fortalece e transcorre as décadas de 1970 e 1980, tendo como principais proposições o direito universal à saúde, a democratização da política e a participação da sociedade. Esta foi essencial para reconhecimento da saúde como política pública, universal e gratuita e, posteriormente para consolidação do Sistema Único de Saúde.

A partir da década de 1970 a corrente da epidemiologia crítica propõe um novo modelo de saúde baseado na Determinação Social da Saúde que considera o adoecimento da população decorre de “[...] fatores biológicos e ambientais como estando subordinados às categorias trabalho e reprodução social da vida”. (NOGUEIRA, 2017, p. 35-36).

Enfim, a saúde e a doença são determinadas pela forma como a sociedade produz e se reproduz riqueza, ou seja, a organização social capitalista é a principal responsável pelo adoecimento da população e reflete as contradições históricas de desigualdades sociais.

CAPÍTULO 2 SUS E A FORMAÇÃO PARA O TRABALHO EM SAÚDE

2.1 Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

As lutas sociais desenvolvidas no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), propuseram a criação de um sistema universal de saúde, dentre outras reivindicações na 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS) de 1986, quando a saúde foi reconhecida como política pública e responsabilidade do Estado a operacionalização do direito à saúde. O MRSB foi primordial para que o Estado acatasse as demandas solicitadas pela população e implementasse um Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988.

Esse processo histórico se deu com a participação de diversos movimentos populares que se posicionaram contra as imposições do regime adotado na Ditadura Militar (1964-1979), que vinculava o desenvolvimento social aos interesses da burguesia. Sobretudo, o regime militar concentrou sua atuação na repressão às liberdades individuais e coletivas da população, para defesa dos interesses econômicos do Estado.

Dessa maneira, puderam ser assegurados os interesses do bloco no poder que, em sua face econômica, impôs uma política de arrocho salarial sobre os trabalhadores, resultando em queda do poder aquisitivo dos assalariados, aumento da concentração de renda nos estratos sociais mais ricos e ampliação das desigualdades socioeconômicas. (BRASIL, 2006, p. 36)

No período da Ditadura Militar os programas de saúde foram direcionados para o favorecimento do setor privado e a realização de uma política de saúde condizente com a nova política econômica. “As doenças que afetam os grandes segmentos da população brasileira eram de responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto o atendimento médico individual ficou sob responsabilidade do setor previdenciário.” (BRAVO, 2007, p. 42). O atendimento à saúde incorporou novas tecnologias para atender a demandas do capital e acompanhar as transformações do mercado mundial.

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967, fortaleceu, ainda mais, o mercado privado de saúde, em detrimento da saúde pública, esclarecendo que no período da Ditadura Militar buscou-se fortalecer e solidificar a saúde privada. Com a instituição do INPS amplia-se o setor de saúde privado, pautado na saúde curativa que propaga a medicalização da vida (BRASIL, 2006).

Desse modo, o modelo de atenção à saúde atende aos interesses do capital e do mercado. “Considera-se que a redução dos gastos em saúde pública foi uma decisão política e não se pautou por indicadores sociais; implantou-se um novo padrão de estrutura do setor saúde, cuja ênfase era a medicina previdenciária.” (BRAVO, 2007, p. 43).

Em relação ao modelo de atenção à saúde, adotado desde a década de 1960, seguia a concepção da multicausalidade, isto é, o adoecimento da população era decorrente de fatores biológicos, genéticos e sociais. Mas, ao final desta década, obrigatoriamente passa ser inserida nos currículos acadêmicos a disciplina de medicina preventiva, trazendo uma abordagem social para medicina.

Devido as imposições do regime militar, os médicos de saúde pública se viram desamparados, o departamento de medicina preventiva que partilhava da concepção preventista, adotou a prática médica assistencialista, para subordinar-se as determinações políticas. Assim, os médicos sanitaristas que defendiam a concepção preventista foram ignorados (BRAVO, 2007).

No ambiente acadêmico dos cursos de medicina (SCOREL, 1999), o departamento de medicina preventiva começava a questionar sua base filosófica positivista, e tais críticas se embasavam na teoria social crítica marxista. Outro fator que contribuiu para essa mudança de pensamento foi o incentivo a adoção das Ciências Sociais Aplicadas para a área da saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nesse sentido, a produção do conhecimento trouxe vários estudos fundamentados que apontavam para mudança na política de saúde, tais como “[...] defesas das teses *O Dilema Preventivista*, de Sérgio Arouca, e *Medicina e Sociedade*, de Cecília Donnangelo. Esse foi o divisor de águas que deu início a uma teoria social da medicina no Brasil.” (SCOREL, 1999, p.19, grifo do autor).

A análise mostra que, o Movimento para a Reforma Sanitária, contrário ao modelo de saúde adotado no país, tem a participação dos sujeitos nas universidades, especialmente, dos cursos de medicina, que foram influenciados após adoção das Ciências Sociais Aplicadas como referencial teórico e possibilitou aproximação com teoria social crítica. Ressaltando que outros sujeitos e espaços coletivos também contribuíram.

No período que transcorre as décadas de 1970 e 1980, o Movimento Sanitário conta com a participação de sindicatos das categorias de profissionais da saúde e outros(as) trabalhadores(as), grupos da comunidade e a sociedade civil organizada.

Nos espaços das universidades os sujeitos, professores(as), alunos(as), população e trabalhadores(as), constituíram a base para o Movimento da Reforma Sanitária. Nesse movimento, os profissionais foram ocupar outros espaços no setor público de saúde, apontaram os problemas, mobilizaram a coletividade para luta em defesa de uma política de saúde pública de qualidade para população.

A organização coletiva através de seminários, congressos, reuniões, amplia a discussão acerca da situação da saúde pública brasileira. Inclusive porque no período ampliam as epidemias e endemias, ocasionando a degradação das condições de vida, trabalho e saúde da população (BRASIL, 2007a).

Nota-se que essas inquietações surgem na década de 1970 face ao contexto autoritário e repressivo imposto pelo Ditadura Militar, e a sociedade apesar de apreensiva começava a organizar coletivamente a discussão de alternativas para transformação do setor saúde, pois o modelo predominante não atendia as necessidades de saúde (ESCOREL, 1999).

A partir da década de 1970 a prática médica mostrou-se muito lucrativa, e a instituição da Central de Medicamentos (CEME) possibilitou a ampliação da competitividade para o mercado nacional de medicamentos. Também, ampliou a indústria de equipamentos e tecnologias através da importação. Ainda, o Estado, priorizou a terceirização de serviços médicos privados em detrimento dos serviços previdenciários. Enfim, essas ações favoreceram a expansão do complexo médico-hospitalar e industrial-farmacêutico (BRAVO, 2007).

A questão social se manifestava nos problemas de saúde, associados às precárias condições de vida e trabalho impostas pelo modelo de reestruturação produtiva, trouxe flexibilização para as relações de trabalho e ampliou a exploração da classe trabalhadora, conforme análise do Capítulo anterior.

O milagre econômico ocorreu no período de 1968-1974 se caracterizou pelo amplo desenvolvimento econômico acelerado do Brasil, com redução da taxa de inflação e equilíbrio externo, teve crescimento na oferta de empregos e salários. Por outro lado, ocasionou concentração de renda e exclusão social, ou seja, ampliou as desigualdades sociais; ainda, elevou a dívida externa do país (VELOSO; VILLELA; GIAMBIAGI, 2008).

A crise econômica e política foi aprofundada pelo Milagre Econômico, propiciou condições para o fortalecimento dos movimentos populares e sociais, que reivindicavam por direitos civis, políticos e sociais, e retorno da democracia. Essas

manifestações se uniram às inquietações do Movimento da Reforma Sanitária, e exigiam que posicionamento do Estado face a questão social que ampliava as desigualdades na saúde.

A perda do poder aquisitivo do salário mínimo, associada a um processo de migração interna e urbanização desordenada, rebaixaram as condições de vida das populações urbanas a um tal nível que houve aumento da mortalidade infantil, e as epidemias de meningite, inicialmente em 1973, depois em 1974 e 1975, constituíram-se em alerta para o governo e a população. (BRAVO, 2007, p.53).

Entretanto, na lógica do capital a saúde pública não era prioridade, e apesar do Estado atender de forma pontual e fragmentada, algumas reivindicações populares, sua prioridade era a manutenção da ordem vigente. Assim, o objetivo do Estado foi a ampliação do setor privado de saúde vinculado à previdência social, gerando lucros e ampliando o capital. No período,

[...] as políticas de saúde traduziram fundamentalmente um projeto excludente, que não contemplou os movimentos populares, não contemplou reivindicações por outras políticas de saúde e prestigiou, basicamente, um conjunto de articulações, de relações, que se foram dando em torno do Estado para sustentar determinado modelo. Isto se deu, primeiro, estabelecendo-se uma profunda dicotomia entre saúde pública e a assistência médica, em particular a assistência médica e hospitalar. (CORDEIRO, 1997, p. 42).

A política de saúde não contemplava toda população, estava vinculada a Previdência Social apenas prestava assistência à saúde para categoria de trabalhadores(as) formais mediante contribuição. Mesmo com as reivindicações populares, especialmente do Movimento da Reforma Sanitária, as ações de saúde pública eram pontuais e de cunho higienista.

No ano de 1978 criou-se o Ministério da Previdência e Assistência Social, e o INPS foi substituído pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência e Assistência Social (INAMPS), visando a expansão do atendimento médico e procedimentos cirúrgicos nos hospitais privados. Assim, deu-se a ampliação do consumo de medicamentos e a viabilização da formação de um complexo médico-industrial, através da articulação da medicina com a indústria farmacêutica e fornecedores de equipamentos cirúrgicos, órteses e próteses (CORDEIRO, 1997).

Na América Latina, ascendia um movimento da medicina comunitária voltada para a atenção primária à saúde, que aceitava a medicina alternativa além da tradicional, em oposição à medicalização da vida. E, no âmbito internacional a Declaração e Alma-Ata de 1978 afirma a saúde como direito e defende que o

adoecimento é decorrente de múltiplas causas, e incumbe ao Estado a obrigação de implementar uma política pública de saúde (BRASIL, 2007a).

Essa referência de medicina comunitária, passa ser adotada na saúde pública brasileira, através de ações básicas para atendimento da população menos favorecida e excluída do atendimento vinculado a Previdência Social.

Ao final da década de 1970, a conjuntura do período ditatorial passa por uma inflexão política, onde o governo apenas resiste as críticas, enquanto as manifestações populares, de estudantes e da sociedade civil se fortaleciam e retomavam as reivindicações. Deste modo, inicia-se um processo de abertura, onde o governo fez concessões econômicas e implementou algumas políticas sociais assistencialistas (BRASIL, 2007a).

Neste período, adotava-se a medicina curativa, assistencialista, individualista, centrada nas especialidades, até porque, tal modelo de atenção à saúde favorecia os setores privados e a realização de procedimentos cirúrgicos, pois eleva os lucros. “A política de saúde, adotada até então pelos governos militares, colocava ênfase em uma medicina de cunho individual e assistencialista, em detrimento de ações vigorosas no campo da saúde coletiva.” (BRASIL, 2007a, p. 28).

Algumas instituições criadas na década de 1970 foram essenciais para compor lutas populares em defesa do direito à saúde, como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) em 1976 e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) de 1979 (BRASIL, 2006). Estas instituições foram fundamentais para o debate político e ideológico, contra o Estado em relação ao modelo de saúde dominante. Para Cohn (1989) os pesquisadores do CEBES, aliados ao pensamento crítico já disseminado no âmbito acadêmico, se unem ao movimento estudantil para defesa da saúde pública que atenda aos interesses da sociedade, por meio da criação da Revista Saúde em Debate tem-se a produção do conhecimento para desvendar as determinações sociais do sistema capitalista como fator para adoecimento da população, sendo reconhecido que neste modelo é inerente a produção de riquezas e desigualdades sociais.

Os estudos enfatizaram a análise das transformações ocorridas no setor da saúde, relacionando-as com os efeitos perversos da economia centralizadora que agravou as condições de vida e higiene da população, dificultando o seu acesso a bens essenciais, tornando-a mais vulnerável às enfermidades e outros danos à saúde. O debate colocou a relação da prática em saúde com estrutura de classes, sofrendo a determinação estrutural e conjuntural da sociedade. (BRAVO, 2007, p. 7).

A ABRASCO caminha na mesma direção do CEBES, tornando-se uma relevante instituição para disseminação da produção do conhecimento na área da saúde coletiva, antes denominada medicina social. Traz uma nova visão para processo de saúde-doença, o exercício profissional da medicina, a atenção à saúde, a gestão e a preparação dos(as) trabalhadores(as) para a saúde (COHN, 1989).

Tendo em vista o contexto Ditadura Militar, a maioria dos médicos assalariados com apoio dos sindicatos mobilizaram a categoria médica, ocasionando paralizações e greves. Tais fatores foram determinantes para que os médicos progressistas iniciassem o Movimento de Renovação Médica (REME), em oposição a medicina voltada para mercado privado que precariza as condições de trabalho (BRAVO, 2007).

Ao final da década, o regime ditatorial demonstrava seu esgotamento, do mesmo tempo, o pensamento crítico o fortalecimento no âmbito acadêmico se sustentava publicamente defesa da reforma da saúde pública, conforme Bravo (2007). Em 1979 ocorreu a Semana de Saúde do Trabalhador (SEMSAT) e o Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo, que foi uma expressão significativa da organização da sociedade para a defesa do direito à saúde pública. Do mesmo modo, outros eventos seguiram-se nesta direção, como o Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, o I Encontro Popular pela Saúde em 1980, a Campanha da Fraternidade: Saúde para Todos em 1981, entre outros. Os eventos indicaram e denunciaram a crise do sistema de saúde brasileiro, apontando para urgência de superação do modelo dominante e curativista, no sentido de democratizar o acesso a saúde pública para toda população através de um sistema único de saúde.

Na VII Conferência Nacional da Saúde em 1980 os sanitaristas tinham expectativas de aprofundar o debate acerca da saúde pública, no entanto, a organização do evento convidou apenas setores estratégicos da saúde e da esfera político e executivo, e não teve a participação da sociedade civil.

Assim, a pressão dos movimentos sociais e populares propiciaram a criação do Projeto Pro-Saúde em 1980 que, posteriormente, passou por reformulações e foi denominado Prev-Saúde. Esse projeto foi inspirado nos programas de atenção primária que descentralizavam o atendimento de acordo com grau de complexidade, defesa da saúde pública, a partir da regionalização para que o atendimento da população atendesse as especificidades regionais.

O PREV-SAÚDE propõe a reestruturação da rede pública de serviços de saúde no sentido da sua universalização e racionalização. Trata-se de converter a rede básica de serviços na porta de entrada do paciente no sistema de saúde, revertendo assim a característica hospitalar do atendimento. Originário dos escalões do Ministério da Saúde, o projeto sofre três redações, cria celeumas, mas não é efetivado. (COHN, 1989, p. 127).

Conforme esclarece a autora, a não efetivação desta proposta contribui para fortalecer o movimento pela reforma sanitária transformar o modelo de atenção à saúde, tendo como principais propostas “[...] apelo a democratização do sistema, com participação popular, à universalização dos serviços, à defesa do caráter público do sistema de saúde e à descentralização.” (BRASIL, 2007a, p. 29).

Os movimentos populares e sociais perceberam que para assegurar acesso à política pública de saúde era necessário a participação da classe trabalhadora na esfera política. Para tanto, entre as proposições para a Reforma Sanitária ampliaram as reivindicações para a participação popular nos espaços coletivos e deliberativos da política de saúde pública, a ser reconhecida como direito.

Assim, em uma conjuntura recessiva e de crise de legitimidade política do regime, a saúde passava a ser politizada e o complexo saúde-doença interpretado sob uma ótica social, tanto quanto o Estado o era em sua dimensão classista, portadora de desigualdades sociais, entre as quais a sanitária [...]. (BRASIL, 2006, p. 39).

Apesar da crítica ao modelo de assistência médica previdenciária, este se fortalecia, e não aceitavam a participação popular na política de saúde previdenciária, pois queriam manter a centralização, fragmentação do modelo curativista.

Em 1981 o Ministério da Previdência e Assistência Social implementa gradativamente a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e as Ações Integradas de Saúde (AIS), que buscavam racionalizar a atenção à saúde, através de convênios entre hospitais particulares e a rede pública, assim como, destinar recursos do governo federal para os estados, e destes para os municípios (BRASIL, 2006).

Apesar dos problemas, as AIS foram o primeiro passo para mudança de paradigma da saúde, pois fortaleceu a prevenção básica, demonstrou preocupação com a formação dos(as) trabalhadores(as) da saúde e, suscitou articulações intersetoriais; ainda, questionava a atuação dos planos privados de saúde, dentre outras (BRASIL, 2007a).

As lutas realizadas pela classe trabalhadora, iniciadas no período da Ditadura Militar se estendeu pela década de 1980, onde a população defendia a

redemocratização, pleiteava direitos sociais e uma postura mais interventiva do Estado sobre os problemas sociais, especialmente, maior atenção para saúde pública.

Segundo Raichelis (2006) as lutas realizadas pela classe trabalhadora nesta década, na busca pela democratização do país pós-período de regime militar, culminaram na promulgação da Constituição Federal de 1988, onde o direito universal à saúde foi assegurado sob a responsabilidade do Estado, a fim de minimizar as desigualdades e injustiças sociais.

A conquista da democracia em 1985 possibilitou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano seguinte. Nesse evento reafirmou-se o reconhecimento da *saúde como um direito de todos e dever do Estado*, recomendando-se a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado (com atribuições específicas para a União, estados e municípios) e democrático (garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação). (PAIM, 2007, p. 22, grifo do autor).

O Movimento da Reforma Sanitária defendeu a mudança do modelo hegemônico dominante para um modelo de atenção à saúde universal, descentralizado, regionalizado e com participação social. Definiu um conceito ampliado de saúde sustentado na concepção da determinação social da saúde, pois saúde não abrange apenas bem-estar físico, mental e social, devendo considerar os fatores como: o acesso a moradia, saneamento básico, alimentação saudável, renda, educação, trabalho, transporte, lazer, cultura, entre outros serviços essenciais e de responsabilidade do Estado prover (CFESS, 2010).

O Relatório Final da 8ª CNS fundamentou a defesa da Reforma Sanitária e sustentou a reformulação da política de saúde durante a Assembleia Nacional Constituinte, no intuito do Estado assumir a responsabilidade em relação aos cuidados com saúde da população. O Relatório reconhece a determinação social da saúde e sua relação com a estrutura social capitalista.

Fica evidente no referido documento que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionando chamar Reforma Sanitária. (SILVA, 2014, p. 162).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 traz, pela primeira vez, um sistema protetivo de Seguridade Social que incluiu a política de saúde, a previdência

e a assistência social, conforme o artigo 196, sendo que o implemento de tais políticas são incumbência do Estado.

O sistema de proteção brasileiro foi uma conquista expressiva, assegurando a universalização dos direitos sociais, como: a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados. Graças as lutas sociais populares e sociais que buscavam o reconhecimento de direitos civis, sociais, políticos e econômicos, sendo estas desencadeadas pelo contexto imposto pela Ditadura Militar de 1964 (MOTA, 2009).

Especificamente, o direito à saúde é assegurado através de uma política universal, pública e gratuita, isto é, qualquer indivíduo deve ter garantido o acesso aos serviços e procedimentos, independente da complexidade. Sobretudo, fica assegurado que esta responsabilidade incumbe ao Estado, independe de pagamento da população.

Esse sistema protetivo buscou conciliar os antagonismos da sociedade de classes, para atender as necessidades sociais da população, por outro lado atendeu aos interesses do capital internacional, por meio de ajustes e reformas que visavam a focalização das políticas sociais, direcionando aos mais necessitados por meio de critérios de seleção de pobreza (MOTA, 2009).

O sistema protetivo de Seguridade Social brasileiro não corresponde ao sistema de Bem-Estar Social implementado pelos países desenvolvidos, mas permitiu aos cidadãos a ampliação do acesso a direitos sociais fundamentais, através do implemento de políticas públicas e sociais pelo Estado.

Novos mecanismos de consenso são estimulados, tais como, descentralização, as parcerias e a participação indiferenciada das classes, que se juntam à focalização e a à responsabilização individual. Emergem parâmetros morais subordinados aos limites dos gastos sociais públicos. A questão social é despolitizada. (MOTA, 2009, p. 2).

A redemocratização do país e a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi essencial para processo de universalização da saúde. Primeiro implementa-se a proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), cujo financiamento é tripartite, isto é, união, estados e municípios são corresponsáveis. Os estados e municípios tinham autonomia para gestão da política de saúde, mas respeitando as normativas da esfera federal. O SUDS buscava a universalização do acesso por meio do fortalecimento do serviço público de saúde (COHN, 1989).

O SUDS permitiu a transferências de recursos da União, através do INAMPS para os municípios, e possibilitou a ampliação de ações de saúde voltadas para atenção primária e os cuidados ambulatoriais. A experiência do SUDS demonstrou as fragilidades do modelo de atenção à saúde na prática, pois ficou evidente o interesse do Estado para estabelecer convênios com hospitais privados.

Campos (1997) ilustra a situação na década de 1990, onde cerca de 70% dos recursos destinados par ações ambulatoriais eram para iniciativa privada ou filantrópica, enquanto que 30% eram destinadas para saúde pública.

A integração das AIS traduziu-se em grande medida num aumento da produção de serviços e a descentralização do SUDS numa mera desconcentração. Assim, ambas experiências pouco significam para uma descentralização efetiva da competência das esferas de poder na gestão da saúde. (COHN, 1989, p. 128, grifo da autora).

A análise demonstra que tanto as AIS como o SUDS apesar de não terem logrado êxito esperado, foi o primeiro passo para construção do Sistema Único de Saúde (SUS), estas experiências evidenciaram problemas e o sistema foi aprimorado, através da Lei nº 8.080 e da Lei nº 8.142 de 1990 que regulamentam o SUS.

O Movimento da Reforma Sanitária significou uma mudança de posicionamento do Estado em relação ao acesso das classes populares na política de saúde pública, tendo em vista que este movimento perdurou por anos até a 8ª CNS. O seu reconhecimento na Constituição de 1988 e a criação do SUS, demonstra que a Reforma Sanitária foi essencial para saúde pública do Brasil.

No início dos anos 1990, permanece a polarização entre projetos antagônicos que reflete no trabalho de assistentes sociais na saúde. De um lado projeto de privatização da saúde requer que o(a) assistente social selecione a pobreza, atuação psicossocial, fiscalização dos(as) usuários(as), abordagem individualizada, etc.

De outro lado, o projeto da Reforma Sanitária que preconiza universalização do acesso aos serviços e procedimentos de saúde, descentralização da gestão, e participação da população nos espaços deliberativos para controle social (BRAVO; MATOS, 2007).

A partir da conjuntura neoliberal que se fortaleceu na década 1990, destacam-se algumas tendências, como a diminuição de políticas redistributivas e aumento de políticas compensatórias para minimizar a situação de pobreza dos mais miseráveis através de programas sociais; a privatização de serviços e políticas, entre outras.

Isso porque o Estado abre espaço para iniciativa privada possa executar políticas públicas; o incentivo a responsabilidade social de empresas e o trabalho voluntário propagado pelo discurso de solidariedade; os mecanismos de inclusão social para mascarar as desigualdades sociais inerentes a ordem capitalista (MOTA, 2009).

E, e ainda ações de combate ao desemprego através de políticas de trabalho e renda com estímulo para os(as) trabalhadores(as) realizarem cursos de qualificação voltados para abertura do próprio negócio, assim teriam mais independência e não dependeriam das políticas sociais (MOTA, 2009).

É neste contexto que o SUS foi implementado, quando o Estado deveria investir na política pública de saúde que inicia a implementação do SUS do que foi garantido na Constituição Federal de 1988. No entanto, a adesão ao projeto neoliberal implementou uma série de medidas e ações que comprometeram a universalização da saúde.

2.2 Sistema Único de Saúde: concepção e princípios

Conforme dispõe o artigo 196 da Constituição Federal de 1988,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

O referido artigo assegura o direito social à saúde com acesso universal aos serviços de saúde foi implementado pelo Estado através de um Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988). O desenvolvimento do SUS prevê a gestão compartilhada entre a esfera federal, estadual e municipal, e assegura a participação da população nos espaços deliberativos para acompanhamento e controle social da política de saúde.

Para assegurar que o acesso universal a toda população de forma integral a saúde, o artigo 198 da Constituição de 1988, dispõe que a organização do SUS será composta por uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada, de acordo com as seguintes diretrizes:

- I- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III- Participação da comunidade.
Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da união, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1998).

Esta promulgação organizacional é fruto do Movimento da Reforma Sanitária, concretizando as proposições para a democratização da política de saúde. O que pode ser constatado na descentralização político-administrativa que significa um compartilhamento de responsabilidades para gestão do SUS em cada esfera do governo – federal, estadual, distrital ou municipal.

A integralidade da atenção objetiva o atendimento das necessidades de saúde, em todos os níveis de complexidade do sistema, tendo como prioridade os serviços de atenção básica que enfoca a atuação na prevenção da doença e na promoção da saúde e, a participação da população nas decisões sobre a política de saúde, através dos espaços coletivos assegurados, como os conselhos de saúde e as conferências de saúde.

Fica evidente que a Constituição Federal de 1988 reconhece que as políticas econômicas e sociais são imprescindíveis para a melhoria da condição de saúde da população. A partir de uma análise crítica, pode-se desvelar que a sociedade capitalista é responsável pelo surgimento de várias doenças ou de seu agravamento, já que a sociedade de classes determina socialmente as relações sociais, como atuação do governo, o processo de trabalho, o modo de vida, etc.

Com a promulgação da Constituição houve a universalização da saúde que passa a ser considerada como direito social. Os direitos sociais se caracterizam como responsabilidade do Estado, em prover políticas públicas que contribuam com a qualidade de vida da população, na busca de reduzir com as desigualdades e a concretizar a justiça social.

No entanto, a sociedade não possui em sua totalidade uma consciência política e de classe, quanto à obrigação do Estado em assegurar o direito à saúde a toda população, e está busca no mercado privado o atendimento das necessidades de saúde, que, por sua vez, contribui para a produção e reprodução da saúde como mercadoria, deslegitimando o SUS constitucional.

Para Paim (2009) o direito a saúde é inerente a condição de cidadania, independe da contraprestação ou comprovação de pobreza, para ter acesso a serviços e procedimentos, pois consiste na obrigação do Estado assegurar a redução

do riscos e agravos que possam ocasionar doenças para população, mediante a implementação de políticas econômicas e sociais.

O SUS é regulamentado na Lei nº 8.080 de 1990 Lei Orgânica da Saúde (LOS), que assegura em seu artigo 2º um novo conceito:

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º. O dever do estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990a).

Assim, pode-se afirmar que o direito à saúde é essencial para desenvolvimento de outros direitos, e no artigo 3º da LOS nº 8.080/90;

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990a).

A LOS de nº 8080 de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços, entre outras providências, estabelece os princípios e diretrizes do SUS, em seu artigo 7º como a universalidade, integralidade e a participação popular, dentre outros (BRASIL, 1990a).

O SUS tem como princípio base a universalização do acesso, e significa que a população terá acesso a todos os níveis hierárquicos do sistema, serviços e procedimentos em todos os níveis de atendimento, seja na atenção básica, média ou alta complexidade, sem nenhuma distinção.

Significa a possibilidade de todos os brasileiros poderem alcançar uma ação ou serviço de saúde de que necessitem sem qualquer barreira de acessibilidade, seja legal, econômica, física ou cultural. Acesso universal, repetindo, é para todos — ricos e pobres, homens e mulheres, velhos e crianças, nordestinos e sulistas, negros e brancos, moradores da cidade e do campo, índios e quilombolas, analfabetos e letrados, independentemente de raça, etnia ou opção sexual. (PAIM, 2009, p.45).

A universalidade do acesso ao direito à saúde vem para suprir uma lacuna histórica de desigualdades quanto aos cuidados com a saúde, pois sempre esteve vinculada a previdência, enquanto as ações públicas se restringiam a ações sanitaristas. Somente após lutas sociais e populares a saúde foi reconhecida como direito universal, público e gratuito.

O direito universal a saúde, é inerente a condição de cidadania, acesso extensível a toda população de forma integral, pautada na concepção ampla de saúde, independente de pagamento ou vinculação a previdência.

Um dos fatores que impede a universalização do SUS, ocorre pelo fato do Estado brasileiro ter conciliado projetos distintos para saúde, e historicamente privilegia o setor privado. Apesar do Estado Brasileiro atender algumas demandas da população, quanto reconhecimento de uma política pública e da saúde, como direito social de cidadania, tem como prioridade o atendimento dos interesses econômicos da classe dominante, em detrimento das necessidades sociais.

Os objetivos do SUS estão descritos o artigo 5º da LOS nº 8.080/90:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do dispositivo no § 1º, do artigo 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistências e das atividades preventivas. (BRASIL, 1990a).

Nesse sentido, cabe ao poder público viabilizar os meios para erradicação divulgação dos fatores que ocasionam e agravam a condição de saúde da população, cabendo ao Estado, através do Ministério da Saúde, implementar o acesso ao SUS através de políticas econômicas e sociais para assegurar a universalidade deste direito. Ou seja, por meio da integração de ações preventivas com ações de promoção da saúde, recuperação e reabilitação da saúde da população.

O SUS como política pública de Seguridade Social é formado por um conjunto de ações e serviços, com gestão pública descentralizada em cada esfera de governo, organização regionalizada e hierarquizada. E, incumbe ao poder público a regulamentação, fiscalização e controle sob os serviços ofertados.

A descentralização política e administrativa foi uma das propostas do movimento sanitário, até então, as decisões relativas aos serviços de saúde ficavam concentradas no governo federal, e tendo em vista que cada região do país a saúde possui suas especificidades. Desse modo, a descentralização é uma das diretrizes que garantem a autonomia para estados e municípios, e suas responsabilidades determinadas, para que cada localidade possa atender as necessidades de saúde regionais e locais.

Um sistema de saúde descentralizado significa que a gestão da política de saúde não ficará centralizada no governo federal, até porque cada ente federado possui suas especificidades, isto é, as necessidades de saúde dos Estados são diferentes dos Municípios. Por outro lado, implica na desresponsabilização do governo federal em relação à gestão, contratação de trabalhadores(as), formação, destinação de verbas, entre outras necessidades.

A descentralização das ações e dos serviços sociais e da saúde tem um lado perverso, o da 'desresponsabilização' da esfera federal em relação à manutenção dessa força de trabalho responsável pelas políticas sociais, fato agravado pela política fiscal e tributária que privilegia a União. (BRASIL, 2007a, p. 261, grifo do autor).

A descentralização é usada pelo Estado neoliberal como escopo para desresponsabilização estatal, isso implica na precarização da política de saúde, pois o Estado utilizou de manobras como Descentralização das Receitas da União (DRU) para cooptação dos recursos da Seguridade Social, para pagamento da eterna dívida externa do país. (BRASIL, 2007a).

Outra diretriz é a regionalização que permite a organização dos serviços de saúde e sua discussão em todas as regiões do país, especialmente, os serviços da atenção primária, enquanto que os cuidados de média e alta complexidade ficam mais centralizados, de acordo com cada região.

A forma de *rede regionalizada* possibilita a distribuição dos estabelecimentos de saúde (centros de saúde, ambulatorios, laboratórios, hospitais etc.) em um dado território, de modo que os serviços básicos estejam mais disseminados e descentralizados enquanto os serviços especializados se apresentam mais concentrados e centralizados. As ações e serviços de saúde podem, então, ser organizados em *redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas, de forma a garantir o atendimento integral à população e evitar a fragmentação das ações em saúde*. (PAIM, 2009, p. 48, grifo do autor).

Assim, deve haver uma articulação entre a gestão do município, estado e o governo federal, no sentido de assegurar acesso integral a serviços de saúde com qualidade em todas as regiões, para a população obter cuidados para saúde em todos os níveis de complexidade, especialmente as ações preventivas.

Para assegurar uma atenção integral à saúde é necessário que Estado implemente ações que visem a promoção da saúde, como divulgação de informação, realização de campanhas, acesso aos serviços de saúde, priorizando as ações preventivas nas unidades de saúde. A integralidade:

[...] busca compatibilizar ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, é conhecida como integralidade da atenção. Representa uma inovação nos modos de cuidar das pessoas e de buscar soluções adequadas para os problemas e necessidades de saúde da população de um bairro ou de uma cidade. (PAIM, 2009, p. 49).

A priorização de ações preventivas na atenção primária evita o adoecimento da população e a medicalização, contribuindo para a qualidade de vida do cidadão (PAIM, 2007). Contudo, deve ofertar serviços assistências para cuidado e tratamento de pessoas doentes, pois as doenças podem ser decorrentes de causas genéticas, naturais ou provenientes de acidentes ou violências.

O acesso aos serviços e ações de saúde devem ser qualificados, com profissionais preparados para identificação e diagnóstico, ou fatores determinantes do adoecimento e, assim indicar estratégias para restabelecimento da condição de saúde.

A participação da população nos espaços decisórios é de suma importância, esta consiste num direito conferido pela Constituição de acompanhar o desenvolvimento da política de saúde, conforme regulamenta a Lei nº 8.142 de 1990. Nesse sentido, os(as) trabalhadores(as) da saúde devem mobilizar a população para exercício do controle social, enfatizando a importância de ocupar esse espaço público, pois o SUS é uma política de interesse coletivo.

A participação popular é uma diretriz e um princípio do SUS, representa os anseios da sociedade civil no controle dos atos do Estado, pois a população deve fazer parte das discussões de interesse público, que envolvem as necessidades da coletividade. Como visto no capítulo anterior, as lutas populares e sociais desencadeadas a partir da Ditadura Militar e o Movimento da Reforma Sanitária, foram primordiais para a conquista do direito a participação social na política de saúde.

Conforme explica Paim (2007), desde a década de 1970 que a OMS recomendou aos organismos internacionais durante a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde em 1978, que as decisões relativas aos serviços de saúde deveriam ser democratizadas e participativas.

No Brasil, tendo em vista o contexto da Ditadura Militar, onde se restringiu as liberdades individuais e coletivas da sociedade, sob a imposição de um regime repressivo e autoritário, a população apenas acatava o que o Estado determinava. Portanto, a participação da sociedade nas decisões que envolvem interesse da

coletividade, por meio dos conselhos e conferências de saúde, foi uma conquista essencial para a democracia do país.

O desafio na gestão do SUS, tendo em vista que os(as) gestores(as) da política de saúde devem possuir competências de nível técnico, metodológico, instrumental, para tomada de decisões ou resolução de problemas, operacionalização dos serviços, programas, planos, projetos de saúde.

Para um bom funcionamento da política de saúde é necessário que a gestão esteja articulada com sua equipe (BRASIL, 2007a). Assim, a gestão, a atenção à saúde e a participação popular são os pilares para desenvolvimento do SUS, constituindo bases sólidas para efetivação do SUS constitucional e condizente com a proposta da Reforma Sanitária.

Os problemas estruturais inerentes à sociedade capitalista, ampliam as desigualdades sociais e, conseqüentemente, a condição de saúde da população, e elevam a demanda de acesso ao SUS e, há insuficiência de recursos financeiros. “O desafio do financiamento na saúde tem de ser enfrentado em duas vertentes, a da quantidade e da qualidade do gasto. Haverá que ser aumentar o gasto em saúde, mas ao mesmo tempo, melhorar sua qualidade.” (BRASIL, 2007a, p. 236).

Tendo em vista que o poder público não dispõe de recursos, ou melhor, interesse para efetivação do SUS universal, o artigo 198 da Constituição Federal de 1988 permite ao Estado a realização de convênios com a rede privada para oferta de serviços e procedimentos de saúde à população de forma complementar, por meio de subvenções do Estado, (BRASIL, 1988).

Ocorre que esta permissão de participação da iniciativa privada na oferta de serviços e procedimentos do SUS é contraditória, tendo em vista que as empresas privadas tem por finalidade a busca de lucro, desse modo, como ofertará um serviço qualificado e gratuito a população. O Estado, optou por manter projetos distintos para saúde da população, de um lado o projeto privatista e de outro o projeto do SUS.

No Brasil, a construção social do Sistema Público de Saúde vem sendo feita de forma a distanciar o SUS real, segmentado, do SUS Constitucional, universal. Isso acontece porque o SUS tem se estruturado para responder às demandas universais dos setores mais pobres da população e de demandas setorializadas, especialmente dos serviços de maiores custos, da população integrada economicamente. (BRASIL, 2007a, p. 233).

A análise mostra que a criação da política pública de saúde, sem a efetivação de outros direitos sociais, descaracteriza a universalidade da saúde. A lógica do

Estado é a ampliação da saúde privada, enfocando o acesso ao SUS às famílias mais pobres “As possibilidades de um SUS universal passam por dois aspectos fundamentais: o sistema de valores da sociedade sobre os quais se estruturará o desenvolvimento brasileiro e o volume e a composição do gasto em saúde.” (BRASIL, 2007a, p. 235).

O neoliberalismo vem impondo contrarreformas para desarticulação do SUS, propagando sua ineficiência e se afastar de sua responsabilidade, deixando a cargo do mercado privado os serviços e ações de saúde ofertados àqueles que possuem condições de pagar pelo convênio.

A atenção integral a saúde compreende a defesa do conceito ampliado de saúde, o conhecimento da realidade social pelos profissionais, o trabalho em equipe multiprofissional e intersetorial, enfim, engloba vários fatores que visam as necessidades de saúde da população. Assim, necessita de envolvimento dos(as) trabalhadores(as), da gestão e de usuários(as).

A integralidade da saúde é desenvolvida em todos níveis de complexidade do sistema, seja atenção básica, média ou alta complexidade, objetivando atender todas as necessidades de saúde da população.

O acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação, tal como previsto pela Carta Magna, permite, portanto, desenvolver uma atenção integral à saúde. Em vez de se limitar a uma assistência médica curativa, o direito à saúde no Brasil estende-se à prevenção de doenças, ao controle de riscos e à promoção da saúde. Assim, as ações e serviços de saúde são de relevância pública. (PAIM, 2009, p. 46, grifo do autor).

E, o princípio da equidade consiste em atender indivíduos, grupos e comunidades, com necessidades diferenciadas e que mais necessidades necessita, vai ao encontro com a justiça social, pois apesar do tratamento igualitário as necessidades são diferentes, esse princípio visa diminuir desigualdades em saúde.

A luta pela efetivação da saúde, através da consolidação do SUS e demais políticas que visam garantir o acesso à mesma, é legítima e deve fazer parte do exercício profissional do assistente social, contudo, há que se reconhecer os limites de tais garantias, e concomitante a esta luta promover o discurso contra hegemônico, tendo como horizonte a construção de uma nova sociabilidade. (NOGUEIRA, 2017, p. 76).

Enfim, constata-se que a criação do SUS materializa as proposições do Projeto de Reforma Sanitária, buscando a universalização do acesso aos serviços de saúde, o atendimento com qualidade, a integralidade das ações, interdisciplinaridade,

descentralização da gestão, transparência nas ações governamentais, participação e controle social dos(as) usuários(as) (CFESS, 2010).

Nesse sentido, é uma conquista expressiva da sociedade que assegurou a necessidade da formação dos(as) trabalhadores de saúde, com referência nesta estrutura organizacional. O artigo 14 da Lei nº 8080 de 1990 indica que “Deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.” (BRASIL, 1990a).

Tal determinação demonstra a necessidade da integração entre educação e trabalho em saúde, a qual vai ser materializada com a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para os Trabalhadores do SUS em 2004, após muitas reivindicações nos espaços coletivos do SUS.

2.3 Política de Educação Permanente em Saúde

Como analisado anteriormente, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986 realizou um amplo debate acerca de uma estratégia para formação de recursos humanos de saúde, sendo que esta preocupação já tinha sido discutida e apontada nas Conferências de Saúde anteriores. Devido ao contexto da Ditadura Militar não foi possível amadurecer este debate, até porque havia restrição de direitos.

Conforme artigo 200 da Constituição Federal fica definido que “Compete ao SUS ordenar a formalização de recursos humanos na área da saúde.” (BRASIL, 1988). Nesse sentido, expressa a necessidade do Estado, e do Ministério da Saúde, assegurar uma formação qualificada a partir do conceito da saúde assegurada.

A temática da formação de recursos humanos de saúde se intensifica após a LOS, sendo debatida na II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde 1993 face a necessidade da gestão dos recursos humanos da saúde. Concomitantemente, o contexto social, econômico e político fortalece o neoliberalismo, este não favorecia a implementação de uma política para formação de recursos humanos para saúde, até porque o neoliberalismo defende o projeto privatista para saúde, pois entende que o SUS só acarreta prejuízos financeiros, responsável pela crise do capital financeiro, mas na verdade esta crise é estrutural.

Conforme Behring e Boschetti (2011) o neoliberalismo é uma realidade mundial, chega ao Brasil ao final do século XX devido à crise de reestruturação do

capital, onde os capitalistas exigem o fim do Estado de Bem-Estar Social, pois os gastos sociais estariam comprometendo a economia dos países. Na década de 1990 começa a implementação do projeto neoliberal, que propõe uma reforma no Estado orientada pela lógica do capital para ajuste fiscal.

Essa contrarreforma neoliberal visa a desresponsabilização do Estado na proteção social da população. Assim, implementa políticas focalizadas e seletivas às famílias mais pobres, consequentemente. Nesse cenário de regressão de direitos sociais trouxe o aumento das desigualdades sociais.

A partir do ano 2000, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) passam por mudanças nos currículos dos cursos de graduação em saúde, inserindo na formação uma atenção integral em saúde e trabalho em equipe, para que o currículo estivesse condizente com o SUS.

Em 2002 é criado o Programa PROMED, visava a formação de médicos condizentes com os preceitos do SUS através de uma reforma curricular, incentivo a abertura de campo de estágio em hospitais universitários e na atenção primária, segundo levantamento de Dias; Lima e Teixeira (2013) esse Programa foi implantado em 19 (dezenove) escolas de Medicina do Brasil, tendo sido investidos cerca de 8 (oito) milhões de reais.

Mais, ainda, foi necessário buscar caminhos para formação permanente e qualificada de trabalhadores(as) do SUS para suprir as lacunas da formação acadêmica que se pautava no modelo de atenção centrado na doença, e que focava na cura. Era necessário retomar as orientações da Reforma Sanitária, focar na prevenção, e compreender que a educação permanente é uma construção coletiva inserida no cotidiano do trabalho em saúde.

É somente na 12ª CNS de 2003, intitulada Conferência Sérgio Arouca e teve como tema 'Saúde: direito de todos, dever do Estado a saúde que temos, o SUS que queremos', a Educação Permanente em Saúde (EPS) foi reconhecida como estratégia para a formação e qualificação aos(as) trabalhadores(as) da saúde, conforme explica (SARRETA, 2009).

No relatório Final da 12ª CNS, consta no Eixo Temático VII – O trabalho e saúde:

Saúde se faz com gente. Gente que cuida de gente. Por isso, os trabalhadores não podem ser vistos como mais um recurso na área de saúde. As mudanças no modelo de atenção à saúde dependem da adesão dos profissionais de saúde e da qualidade do seu trabalho. Por sua vez, adesão

e qualidade dependem das condições de trabalho e da capacitação para o seu exercício. (BRASIL, 2003 p. 77).

Aponta, ainda, a necessidade de mudanças institucionais, relacionadas à gestão, financiamento, formação permanente, assim como, mudança na forma de pensar o processo de trabalho em saúde pelo(a) próprio(a) trabalhador(a). Sobretudo, que a motivação destes processos depende que o Estado propicie condições objetivas para o trabalho na saúde pública.

Em 2004 o governo federal cria o Programa AprenderSUS, sendo a primeira tentativa para formação de recursos humanos para saúde, a ser implementado no âmbito dos cursos de graduação das profissões da saúde. Contou com apoio do movimento estudantil, seguimentos populares, associações de profissionais, ente outros (BRASIL, 2004a).

O programa defendia fortalecimento da integralidade do SUS através da inserção de práticas inovadoras no ensino da saúde, ampliação do pensamento crítico de estudantes, trabalhadores(as), gestão e população, através de ações estratégicas para mobilização desses sujeitos (BRASIL, 2004a).

Nesse período, o apoio e a produção de conhecimento e divulgação das pesquisas nacionais, realização de oficinas regionais, a instituição de cursos de especialização à distância para formação de Ativadores de Mudança, foram significativos para qualificação do trabalho profissional em saúde. Na atualidade esse curso é ofertado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), através do Programa Universidade Aberta do Brasil (UAB) do Ministério da Educação.

Ainda, a criação do Projeto EnsinaSUS para disseminação das experiências inovadores sobre integralidade da saúde que em sua primeira edição obteve 597 formadores, e contou com investimento de 9 (nove) milhões de reais, tendo como espaço coletivo de debate e socialização do conhecimento o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS), segundo Dias, Lima e Teixeira (2013).

Nesse período, o Ministério da Saúde através de órgãos da educação em saúde e de pesquisa, cria o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (Pró-Saúde), conforme Portaria de nº 2.101, abrangendo apenas os cursos de medicina, enfermagem e odontologia (BRASIL, 2004c). Mas, parte dos estudantes e profissionais envolvidos se manifestavam contra este Programa,

contando com apoio de estudante e profissionais de outros cursos (RAVAGNANI, 2010).

Ressalta-se que na atualidade, a referida Portaria foi revogada pela Portaria nº 3.410 de 2013, estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

Em 2007 institui-se a Portaria Interministerial da Saúde e da Educação nº 3.019, propondo ampliação do Pro-Saúde para os demais cursos de graduação em saúde (BRASIL, 2007b). O Pro-Saúde objetivou ajustar a formação de profissionais da saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, visando integrar o ensino e trabalho, através da oferta de serviços e procedimentos que atendam às necessidades de saúde da população de acordo com cada região.

Esse programa estabeleceu uma articulação entre a gestão do SUS e as instituições de ensino de cursos na área da saúde, par a ampliação de disciplinas voltadas para atenção primária na perspectiva de promoção de saúde, Etc.

Para o Conselho Federal de Serviço Social, dentre as ações que visam a qualificação e formação profissional, para curso na área da saúde, temos a oferta e campos de estágio supervisionado através de parceria entre as IES e instituições de saúde CFESS (2010).

E, ainda a oferta de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, a nível de pós-graduação *latu sensu*, que insere a educação no trabalho profissional interdisciplinar e multiprofissional, cuja formação e trabalho esteja em consonância com os princípios do SUS. Segundo Ravagnani (2010) tais orientações do CFESS visam o aprimoramento profissional e a prestação de um serviço de qualidade aos(as) usuários(as) do SUS.

A proposta da Residência Multiprofissional em Saúde foi reconhecida como área profissional da saúde pelo artigo 13 da Lei nº 11.129 de 2005, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS para os(as) trabalhadores(as) de saúde de acordo com Resolução do CNS nº 287 de 1998 (BRASIL, 2005). A Residência Multiprofissional deve ser coordenada conjuntamente por órgão do Ministério da Saúde e do Ministério de Educação que se incumbem de fazer o credenciamento, registro, fiscalização (BRASIL, 2005).

As estratégias elaboradas pelo Ministério da Saúde estavam voltadas para a formação acadêmica, e eram insuficientes para mudar o modelo de atenção em

saúde, sendo necessário uma política que integra a formação no processo de trabalho em saúde para envolver todos os atores responsáveis pela efetivação do SUS. Nesse sentido, para regulamentar o artigo 200 da Constituição de 1988 cria-se a Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS) que trata da formação de recursos humanos para o trabalho em saúde.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para a Formação dos Trabalhadores da Saúde (BRASIL, 2004d), através da Portaria nº 198/GM de 2004, sendo uma estratégia do SUS para viabilizar a formação de trabalhadores(as) para setor da saúde.

A introdução da Educação Permanente em Saúde seria estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação, submetendo os processos de mudança na graduação, nas residências, na pós-graduação e na educação técnica à ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde. (CECCIM, 2005, p. 163-164).

A Portaria considera que a EPS veio para consolidação dos preceitos da Reforma Sanitária Brasileira, assim como para o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS, isto é, descentralização da gestão, integralidade da atenção à saúde e participação popular nos espaços deliberativos da política de saúde pública.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. (BRASIL, 2004b, p. 49).

A EPS visa transformação do modelo de atenção com enfoque na concepção ampliada de saúde. A Política propõe que as atividades sejam realizadas numa perspectiva crítica da realidade, problematizando as situações vivenciadas no cotidiano da saúde, e a busca de alternativas e respostas coletivas.

A EPS destina-se à transformação do modelo de atenção, fortalecendo a promoção e a prevenção em saúde, para que a atenção integral seja referência do trabalho visando a autonomia dos sujeitos na produção da saúde. (SARRETA; BERTANI, 2010, p.3).

A formação indicada pelo SUS remete a implementação da EPS para que os(as) trabalhadores(as) na política de saúde desenvolvam uma aprendizagem

significativa, isto é, que produza sentido para os sujeitos na prestação dos serviços aos(a) usuários(as) (MOREIRA, 2012).

Neste sentido, a reflexão sobre a EPS para o fortalecimento do SUS pode contribuir para a melhoria da prestação dos conforme modelo de atuação à saúde proposto no SUS, sendo imprescindível concretizar a Política de EPS. Complementando,

[...] a aprendizagem significativa se caracteriza pela *interação* entre conhecimentos prévios e conhecimentos novos, e que essa interação é *não-litera*l e *não-arbitrária*. Nesse processo, os novos conhecimentos adquirem significado para o sujeito e os conhecimentos prévios adquirem novos significados ou maior estabilidade cognitiva. (MOREIRA, 2012, p. 2, grifo do autor).

A EPS está baseada na metodologia participativa e guarda relação com a metodologia de Paulo Freire, que parte da educação baseada na realidade social do educando, trazendo sentido ao processo de aprendizagem e contribuindo para autonomia dos sujeitos. Nesse sentido,

A formação e o desenvolvimento da consciência crítica dos trabalhadores da saúde são, pois, necessidades para mudança do modelo de atenção, e efetivação dos princípios e diretrizes que sustentaram a construção do SUS: integralidade das ações, a descentralização político-administrativa e o controle social. (BERTANI; SARRETA; LOUREÇO, 2008, p. 81).

A EPS tem caráter político-pedagógico assentado numa perspectiva crítica da realidade, de forma horizontal para ruptura com a verticalidade, onde todos os envolvidos têm participação ativa sobre a realidade. Para Sarreta (2009) a EPS não se restringe a capacitação ou treinamento, busca a construção do conhecimento crítico baseado numa perspectiva coletiva que propicie o diálogo sobre as práticas cotidianas do trabalho em saúde.

Por isso, não se pode confundir a EPS com Educação Continuada, está é realizada sobre temas pontuais e se efetiva em cursos e treinamentos, sem considerar a realidade que os sujeitos estão envolvidos ou a participação popular. Não tem intenção de transformar a realidade, mas capacitar e qualificar o profissional, mas, é inegável sua importância para trabalho profissional. Enquanto que a EPS vai além da formação profissional, perpassa todos os recursos humanos que trabalham na saúde.

Conforme apontou Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 1978 a educação continuada é um processo permanente realizada após a graduação que visa atualização profissional para se adequar as transformações tecnológicas e

científicas, assim como as necessidades sociais. Já em 1982 a Organização Mundial da Saúde (OMS) explica que a Educação Continuada um processo posterior a formação acadêmica, abrange aperfeiçoamento profissional e atribui competências para trabalho em saúde (FARAH, 2003).

Posteriormente, na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde de 1986 foi discutida a educação continuada como “[...] um processo organizado, permanente, sistemático, direcionado a clientes institucionais, com uma política de saúde definida, tendo em vista a real necessidade dos usuários.” (FARAH, 2003, p.126).

Assim, com a educação continuada decorre da necessidade de atualização e aperfeiçoamento profissional, contribui para desempenho pessoal e da equipe, a fim de adquirir competências para melhoria do trabalho profissional. Tais conceituações são limitadas, pois foca num aprimoramento específico voltado para o(a) trabalhador(a) aplicar no trabalho, não envolve todo modelo de atenção à saúde, a formação, a gestão e a população.

A educação continuada é restrita a temas pontuais, para atualização profissional, através de cursos ou treinamentos por prazo determinado, não considera a realidade dos sujeitos e nem a participação dos(as) usuários(as) ou da gestão. Ela não tem intenção de transformar a realidade, apenas capacitar e qualificar o trabalho dos profissionais da saúde. Mas tem sua importância, pois demonstra que os profissionais precisam se qualificar.

A EPS enfoca que nos processos de formação deve integrar o ensino na vivência cotidiana do(a) trabalhador(a) pautando-se na realidade prática como fonte de conhecimento, a partir de sua problematização; as atividades devem ser devolvidas em grupo e ocupar outros espaços, como local de trabalho, na comunidade, nas escolas, clubes, associações, entre outros (BRASIL, 2009).

Deve ser levado em consideração como se dá a formação dos(as) trabalhadores(as) do SUS, pois necessita da análise de todo contexto social, econômico, político e cultural que o(a) trabalhador(a) de saúde está inserido. E, não se restringir ao local de trabalho, pois há fatores externos e/ou condições objetivas e subjetivas, que influenciam na saúde dos indivíduos, grupos e comunidades.

Os processos de formação e qualificação dos trabalhadores da saúde devem, portanto, se estruturar a partir da problematização das práticas cotidianas e dos problemas – os nós críticos – que impedem a atenção integral e a qualidade do atendimento. Esse processo permite a reflexão do mundo do

trabalho e dos problemas vivenciados na área da saúde, sendo que essas dificuldades, ou problemas, são objeto da Política de EPS. (SARRETA, 2009, p. 173).

Nesse sentido, a saúde tem potencialidades para inserir a EPS no trabalho, a partir das situações vivenciadas nas instituições e serviços (BRASIL, 2009). Com base nas experiências dos(as) trabalhadores(as) da saúde, por meio da socialização dos problemas existentes, constrói-se conhecimento conjunto a partir da realidade concreta do trabalho em saúde, visando o enfrentamento dos desafios e a busca de alternativas.

A equipe de saúde, ao estabelecer uma relação horizontal com a população, permite que a mesma participe de todo o processo que envolve o tratamento. Este paradigma desenvolve a capacidade crítica, de reinventar o trabalho e encontrar a melhor solução para os problemas apresentados, ou seja, o usuário não fica passivo, sendo reconhecido enquanto sujeito que pensa, age e é responsável por todos os seus atos, e também participa com os profissionais de saúde de todas as decisões que envolvem sua vida (BERTANI; SARRETA; LOUREÇO, 2008, p. 36).

A EPS prescinde do envolvimento da população que é usuária do SUS, a sua opinião, experiências, expectativas deve ser considerada, para que o trabalho atenda suas necessidades. Ela contribui para ruptura com o atendimento técnico, verticalizado, centralizado, contribui, ainda, refletir os procedimentos invasivos, realização de uma escuta qualificada, o conhecimento popular, prejudica a adesão ao tratamento.

Nesse sentido, que a EPS é uma estratégia político pedagógica transformadora, busca a ruptura com a orientação neoliberal, para o desenvolvimento da crítica, da autonomia e da responsabilidade de todos os sujeitos envolvidos. Sobretudo, busca efetivar a concepção de saúde prevista no SUS.

A implementação da política de EPS indica a criação de espaços colegiados, tendo como referência a regionalização. Em 2006 o Ministério da Saúde elabora o Pacto pela Saúde.

A grande mudança trazida pela Portaria nº 399, de 2006, foi nos espaços regionais de planejamento e gestão, que tomaram forma nos Colegiados de Gestão Regional (CGR), dos quais participaram todos os gestores dos territórios abrangidos pelas regiões de saúde (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p.889).

Nesse sentido, o referido pacto propõe que cada região possua polos de formação para recursos humanos da saúde, de acordo com as regiões de saúde,

contando com a participação de gestores(as), para atender as especificidades de cada localidade, assim satisfazer as necessidades de saúde.

Desse modo, o Ministério da Saúde juntamente com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), implementa a Portaria nº 1996 de 2007 para adequação da PNEPS ao Pacto pela Saúde. A Portaria traz modificações para adequação da Política às necessidades de saúde de cada localidade (BRASIL, 2007a), pois desde a instituição da EPS em 2004, constatou-se que algumas regiões do país não possuíam estrutura para implementar a EPS.

A proposta defende a constituição de um colegiado para gestão da EPS no SUS, que consiste numa instância interinstitucional e local/regional/roda de gestão. Dentre as funções, destaca-se a necessidade de identificar os problemas na formação e construção de estratégias para efetivação do SUS; a formação dos(as) gestores(as) para integração de uma rede única de atenção; o incentivo para articulação com outros setores e instituições; a transformação das práticas de atenção à saúde através da reformulação das diretrizes curriculares para estimular a formação de formadores nas localidades, estabelecer uma pactuação entre trabalhadores(as), gestores(as), estudantes e docentes da área da saúde (BRASIL, 2004d).

A educação em serviço reconhece os municípios como fonte de vivências, autorias e desafios, lugar de inscrição das populações, das instituições formadoras, dos projetos político pedagógicos, dos estágios para estudantes e de mobilização das culturas. A educação permanente em saúde/educação em serviço contribui para interfaces, interações e intercomplementaridades entre estados e municípios na construção de um sistema único para a saúde, incentivando todos os processos de gestão descentralizada e colegiada do SUS, no tocante à construção e à produção de conhecimento no interesse do SUS. A idéia da local/regionalização vem para contribuir para a localização dos papéis responsáveis da União, dos estados e dos municípios, na montagem de sistemas de saúde com capacidade de atenção integral e humanizada as populações. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.56).

Assim, cada região de EPS fica responsável pela formação dos(as) trabalhadores(as) da saúde da localidade, para atender as necessidades de saúde do país. Ressaltando que incumbe ao Ministério de Saúde financiar a implementação da formação em EPS.

A EPS deve ser construída e constituída por diversos atores, tais como gestores(as), cursos instituições de ensino, estudantes, instituições de pesquisa, instituição de saúde, trabalhadores(as) da saúde, conselhos de saúde, movimentos sociais, entre outros (BRASIL, 2004d). Nesse sentido, Ceccim e Feuerwerker (2004)

explicam a essencialidade da integração entre ensino, gestão, atenção e controle social, sendo que estes configuram o quadrilátero para formação no âmbito da saúde.

Uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas implicaria trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras. Colocaria em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço/educação permanente em saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 45).

Os autores apontam a necessidade de transformar o modelo de atenção à saúde, para isso, necessita o envolvimento das instituições de ensino que cuidam da formação acadêmica, seja na graduação, técnico e pós-graduação *latu sensu* e *strictu sensu*.

A formação tradicional adota o modelo médico-curativista, centrado na doença, medicalização, fragmentação pelas especialidades, valoriza apenas o saber científico. Essa lógica de formação valoriza interesses econômicos em detrimento das necessidades de saúde pública da população.

O grande diferencial da proposta é a construção coletiva de novas estratégias de trabalho comprometidas com os princípios do Sistema Único de Saúde e com as necessidades de cada região mediante a problematização das práticas cotidianas, visando a recuperar as ações e desenvolver a autonomia e participação ativa. Assim, o modelo que se pretende superar, entende a educação como um elemento funcional, indo além das capacitações e treinamentos isolados e voltados para problemas imediatos dos serviços. (SARRETA, 2010, p. 37).

A política de EPS orienta uma formação crítica em saúde pública que permita a compreensão do processo de saúde e doença como histórico, social, econômico e político, uma vez que a sociedade capitalista determina socialmente a condição de saúde da população. Nesse sentido, esta formação está em consonância com a concepção ampliada de saúde em sua totalidade, defendida pela Reforma Sanitária e legitimada pela Constituição de 1988.

A implementação da Política, a partir da inserção de disciplinas nos currículos das profissões de saúde, como a Disciplina de Saúde Pública, foi um avanço considerável mostrou-se insuficiente para a construção de um perfil profissional e uma atuação de acordo com as necessidades de saúde, pois a lógica capitalista instiga os profissionais optarem por uma formação centrada nas especialidades, para atuação no mercado privado e com lucratividade.

E, não incentiva para o trabalho profissional na atenção primária, que enfoca na prevenção das doenças, pois o capital estimula a atenção curativa e centrada nas doenças e a medicalização da doença.

No âmbito da formação acadêmica dos profissionais de saúde, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação instituíram a Portaria Interministerial nº 1.802 de 2008, que implementa o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), para criação de grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2008).

Este Programa contribuiu para o fortalecimento da PNEPS, pois atende as diretrizes da LOS de nº 8.080/90 que privilegia ações preventivas na atenção básica de saúde e traz a experiência prática aos(as) alunos(as), pois ficam mais próximos da realidade de saúde da comunidade. Ainda, incentiva a interdisciplinaridade e para uma formação de recursos humanos de saúde.

Um estudo do Ministério da Saúde sobre os dez anos da implementação da EPS, realizado em 2017, por meio de oficinas regionais, demonstrou que a implementação da EPS não está sendo efetiva, em todas as regiões do país, ou seja, ocorre uma descontinuidade das ações de EPS. Isso, devido à falta de repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde, de maneira mais expressiva, a partir de 2011 (BRASIL, 2018).

Outros aspectos, apontados foram: a falta de compreensão da EPS pela gestão como entrave para o desenvolvimento da EPS; a ausência de qualificação profissional; a falta de planejamento de ações; falta de articulação entre os sujeitos que compõem o quadrilátero da saúde. Ainda, as avaliações mostram apenas o quantitativo de cursos ofertados, carece de uma análise qualitativa (BRASIL, 2018).

A Portaria nº 3.194 de 2017 institui o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde (PRO-EPS/SUS), especialmente para as equipes de atenção primária em saúde. Assim, reestabelece o financiamento da EPS, reafirma o compromisso da gestão com aprimoramento profissional, em cada esfera do governo e, assegura subsídios para monitoramento e avaliação (BRASIL, 2017).

O PRO-EPS/SUS objetiva incentivar e fortalecer a EPS para formação dos(as) trabalhadores(as) de saúde, no sentido de transformar as práticas de saúde na direção das diretrizes do SUS, de acordo com processo de trabalho e a realidade de saúde de cada região do Brasil. Este programa fornece recursos financeiros para

desenvolvimentos da EPS na atenção básica. Teve a adesão de 90% dos municípios brasileiros.

Desse modo, a EPS estimula a integração ensino-serviço, na busca de uma aprendizagem significativa partindo da reflexão dos problemas decorrentes do cotidiano do trabalho em saúde. A partir da reflexão crítica os sujeitos buscam estratégias e respostas podendo envolver a gestão e a participação popular, e a transformação do modelo de atenção à saúde.

Esse processo “Permite, assim, que o cotidiano de relações da organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde se incorpore ao aprender e ao ensinar, formando profissionais para a área da saúde, mas formando para o SUS.” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A educação permanente ao sinalizar o processo de ‘aprender a aprender saúde’ possibilita caminhos alternativos, para que os saberes existentes contribuem para a apropriação do SUS, permitindo reflexão no mundo do trabalho e do trabalho e dos problemas que impedem a integralidade e a qualidade do atendimento. Esses problemas são objeto da educação permanente, traduzindo as necessidades e as diferenças de cada logorregião, por meio das ‘rodas’, funcionando como dispositivo integrador e inclusivo do SUS. (SARRETA, 2010, p. 46).

Somente através de um processo coletivo, dialógico, democrático e participativo que evolva todos sujeitos da saúde, será possível a efetivação da EPS no SUS. Pois, a EPS vai além da formação profissional, é um processo de educação em serviço permanente.

CAPÍTULO 3 SERVIÇO SOCIAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

3.1 História do Serviço Social na saúde

É no contexto sócio-histórico da década de 1930 que o Serviço Social é criado como profissão, para atuar nas ações filantrópicas e de caridade, bem como, na execução das políticas sociais que são implementadas pelo Estado a partir deste período, inclusive na saúde.

As primeiras ações embrionárias do Serviço Social na saúde, eram relativas à puericultura e à profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias, e os profissionais atuavam na triagem com objetivo de verificar se o indivíduo ou família possuíam condições financeiras para pagar o tratamento.

As atividades realizadas, como preenchimento de fichas com dados para facilitar o trabalho do médico, a distribuição de auxílios financeiros para viabilizar o acesso na instituição de saúde, entre outras, buscava a conciliação da população através do estabelecimento de uma relação de confiança (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014).

No período, o Serviço Social era assistencialista e vinculado a doutrina católica, tendo como referência o modelo Franco-Belga (BRAVO; MATOS, 2007). E, a área da saúde não era o principal espaço que demandava os assistentes sociais, entretanto, na formação profissional havia disciplinas relativas à saúde nos cursos, e algumas escolas surgiram para atender as demandas da saúde.

Segundo Carvalho e Iamamoto (2014, p.83) o “[...] Serviço Social se gesta e se desenvolve como profissão reconhecida na divisão social do trabalho, tendo por pano de fundo o desenvolvimento industrial e a expansão urbana [...]”. O aprofundamento dos problemas sociais evidenciou a necessidade de qualificação do exercício profissional dos assistentes sociais, numa perspectiva educativa para reajustamento dos indivíduos através de uma formação moral, intelectual e social das famílias, para prover o mínimo de condições materiais de subsistência.

Para Carvalho e Iamamoto (2014) a questão social,

[...] não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção

mais além da caridade e repressão. (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014, p.83-84).

De acordo com a autora a questão social é intrínseca ao modo de produção capitalista, pois o desenvolvimento do processo produtivo possibilitou apropriação de riquezas através da extração da mais valia que intensificou a exploração da força de trabalho, conseqüentemente, ampliou a pobreza da classe trabalhadora. A questão social é resultado da contradição entre capital-trabalho, isto é, divisão social em classes antagônicas se manifesta nas expressões da questão social.

Com o aprofundamento da questão social, a classe trabalhadora passa a reivindicar ao Estado melhoria das condições de vida e trabalho, pois o aprofundamento das desigualdades sociais afetava a saúde da população, conseqüentemente, comprometia a força de trabalho para manutenção da produção e reprodução social do capital.

O Estado passa a intervir diretamente nas relações entre o empresariado e a classe trabalhadora, estabelecendo não só uma regulamentação jurídica do mercado de trabalho, através da legislação social e trabalhista específicas, mas, gerindo a organização e prestação dos serviços sociais, como um novo tipo de enfrentamento da questão social. (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014, p. 84).

Nesse sentido, as péssimas condições de vida e de trabalho, intensificam os problemas sociais da classe trabalhadora, inclusive a proliferação de doenças e epidemias. Diante desse cenário desfavorável aos interesses econômicos do capital industrial, o Estado não teve outra alternativa senão atender as demandas da classe trabalhadora, abrindo espaço para inserção do Serviço Social.

A hegemonia do capital fez surgir novas expressões da questão social que justificam a necessidade de assistentes sociais. A questão social representa as manifestações das desigualdades social provenientes do capitalismo, assim como, representa a resistência e luta da classe trabalhadora pelo reconhecimento de direitos pelo Estado.

Nos anos de 1940, ocorre o reconhecimento do Serviço Social como profissão, mas sua regulamentação formal ocorre com a Lei nº 3.252 de 1957. O(a) assistente social torna-se um importante aliado do Estado para intervir na questão social através de políticas sociais. Nessa fase a profissão buscava métodos e técnicas científicas para trabalho profissional, após adoção de referência teórica norte-americana (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014).

O(a) assistente social era subalterno, atuava em serviços sociais ofertados à classe trabalhadora, se pautava no ideário de filantropia, religiosidade, buscando auxiliar o Estado no controle social da classe trabalhadora para reprodução social da lógica do capital (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014).

No trabalho em saúde, o Serviço Social foi inserido para atuar na realização de programas de educação em saúde para manutenção do modelo biomédico de atenção à saúde.

Tendo em vista, o fim da Segunda Guerra Mundial (1940-1944), a saúde torna-se o setor que mais demanda por assistentes sociais no trabalho em saúde.

No cenário de surgimento da profissão no Brasil na década de 1930 e sua expansão, a partir de 1945, dadas as novas exigências em relação ao aprofundamento do capitalismo no país, e as mudanças ocorridas no cenário internacional no segundo pós Guerra Mundial, é concomitante a ampliação da ação profissional na saúde. (RAVAGNANI, 2010, p. 112).

Após 1945 ampliou-se a atuação na saúde, devido ao aprofundamento da questão social decorrentes do capitalismo. Neste período a saúde foi o setor que mais absorveu o trabalho dos assistentes sociais, inclusive para integrar as equipes multidisciplinares (NOGUEIRA, 2017)

É neste cenário que o Serviço Social se afirma:

[...] como um tipo de especialização do trabalho coletivo, ao se constituir em expressão de necessidades sociais derivadas da prática histórica das classes sociais no ato de produzir e reproduzir seus meios de vida e de trabalho de forma socialmente determinada. (IAMAMOTO, 2013, p. 102).

A saúde foi o setor que o(a) assistente social mais atuou na América Latina no século XX (BRAVO, 2013), mas o trabalho consistia em auxiliar o trabalho médico, colaborando no controle do tratamento de pacientes e na administração de normas de higiene dos indivíduos e familiares em visitas domiciliares, entre outras atividades afins.

O assistente social enfatizou a prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da 'clientela', com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde (BRAVO; MATOS, 2007, p. 29).

Na década de 1950, os hospitais e ambulatórios eram o principal espaço ocupacional do Serviço Social, e a atuação na saúde era voltada para seleção de clientes, tendo em vista que o acesso à saúde não era universal, o que denota o caráter excludente (BRAVO; MATOS, 2007).

A atuação do assistente social se instala entre a população e a instituição hospitalar, viabilizando o acesso dos usuários aos serviços e benefícios por meio de ações como o plantão, a orientação previdenciária, triagem ou seleção, a concessão de benefícios, e encaminhamento. (RAVAGNANI, 2010, p. 112).

É nesse contexto, que nos anos de 1970 fortalece o Serviço Social Médico ou de Caso atuava na motivação para adesão ao tratamento hospitalocêntrico e medicamentoso. Assim, o(a) assistente social fazia a mediação de clientes com a instituição para facilitar a adesão ao tratamento médico.

A partir da realização de congressos, encontros e debates, que a categoria realizou ao longo da sua história, propiciou a compreensão de que o Serviço Social atuava na direção de ajustamento do sujeito na sociedade capitalista. Isto propiciou, no final desta década, a aproximação com o referencial teórico crítico de Marx (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014).

No entanto, evidencia-se a existência de um descompasso entre o processo de renovação do Serviço Social com a luta pela assistência pública na saúde, mesmo estando articulado às questões da época e sendo por elas influenciado. (RAVAGNANI, 2010, p. 113).

A categoria profissional do Serviço Social inicia um processo de autocrítica e de busca para ruptura com o conservadorismo e uma identidade profissional, para o trabalho atendesse as necessidades e interesses sociais. Na saúde, com o reconhecimento da relação entre adoecimento e as condições de vida dos(as) trabalhadores(as), passa ser uma preocupação dos assistentes sociais.

De acordo com Netto (2015) o Brasil passou por um processo de Renovação Profissional do Serviço Social, composto por três fases: a primeira consiste na modernização conservadora, a segunda reatualização do conservadorismo e a terceira a intenção de ruptura.

A atuação do assistente social na Modernização Conservadora foi pontual, burocrático e individual, visava a manutenção do conservadorismo e tradicionalismo, buscava reformar condutas, culpabilização do indivíduo e naturalização das desigualdades sociais. Foi um período que houve expansão do mercado de trabalho em saúde para assistentes sociais, especialmente nos hospitais e instituições que prestavam assistência aos(as) trabalhadores(as) vinculados ao sistema de previdência.

Essa atuação manteve a referência no positivismo, incorporando o funcionalismo e o estruturalismo, o que levou a uma adequação da profissão aos interesses do capital. Nesse contexto houve uma adequação dos profissionais aos interesses do capital. Sendo que tal perspectiva buscava a instrumentalização para atender aos padrões de eficiência. Os debates ocorreram nos encontros de Araxá em 1967 que focou na teorização e o de Teresópolis em 1970 ou 1972 que focou na metodologia.

A Reatualização do Conservadorismo ocorre após a realização de encontros coletivos que buscava a cientificidade do Serviço Social, sendo que no encontro de Sumaré de 1978, aproximou-se do referencial da fenomenologia. Mas na prática, a fenomenologia mantinha suas raízes no conservadorismo, apenas aparentava ser um novo método. A atuação do(a) assistente social era psicossocial pautava no diálogo individual com foco na subjetividade do sujeito, através da terapia buscava trabalhar o comportamento do indivíduo.

Ao final da década de 1970 por influência do Serviço Social da América Latina que passou por um Movimento de Reconceituação. Para Netto (2015) no Brasil a Intenção de Ruptura teve dois momentos essenciais, o Método de BH de 1975, onde a categoria teve uma aproximação com a teoria de Marx a partir de outros referenciais, o que ficou denominado 'marxismo sem marx'.

Posteriormente, graças aos estudos e pesquisas de Marilda Vilela Iamamoto e José Paulo Netto, a categoria se apropria da teoria social crítica de Marx original. Essa mudança de orientação no materialismo histórico e dialético de Marx tem seu ápice no III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) conhecido como o Congresso da Virada de 1979, onde a categoria se posiciona contra o conservadorismo e deixa evidente a necessidade de ruptura.

A categoria profissional, de forma hegemônica, adota a teoria social crítica para o trabalho profissional, dando subsídios para uma nova identidade e criação de um novo projeto profissional. Esse método permite apreender a realidade em sua totalidade, partindo de sua historicidade e complexidade determinada pelo capitalismo. Nesse modelo de sociedade é inerente as desigualdades sociais, pois determina as relações sociais para atender aos interesses econômicos do mercado.

A apreensão desse método, pela categoria profissional, é fundamental para compreensão do significado social da profissão, do compromisso com a defesa de direitos da classe trabalhadora, contribuindo para desvelar as determinações sócio

estruturais do capitalismo e sua relação com a exploração de classes e, consequentemente, as desigualdades sociais.

3.2 A atuação do(a) assistente social na saúde

O Serviço Social tem uma atuação na política de saúde desde a criação da profissão no Brasil, na década de 1930. A presença da profissão nesta área se fortaleceu na defesa do direito à saúde e do acesso aos serviços.

A Resolução nº 218 de 1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que reconhece o Serviço Social como profissão da saúde (CNS, 1997), foi uma conquista expressiva e significou o reconhecimento deste órgão máximo da saúde e das demais profissões da área. Historicamente, é uma profissão da saúde que tem um espaço de trabalho na saúde como um dos setores que mais vem requisitando o trabalho do(a) assistente social, desde sua institucionalização no país.

Desse modo, o Conselho Federal do Serviço Social (CFESS) através da Resolução nº 383 de 1999 caracteriza o(a) assistente social como trabalhador(a) da saúde (CFESS, 1999). Tal reconhecimento pela categoria profissional ratifica a Resolução do CNS e afirma o Serviço Social enquanto profissão da saúde, e orienta a atuação profissional neste espaço junto à população usuária dos serviços, controle social, planejamento, entre outras ações na perspectiva da defesa deste direito.

A partir destas importantes Resoluções, a categoria profissional do Serviço Social elaborou o documento denominado Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde visando orientar e referenciar o exercício profissional com autonomia e condizente com suas atribuições privativas, conforme o Código de Ética Profissional do Assistente Social Resolução CFESS nº 273 de 1993 e a Lei de Regulamentação da Profissão nº 8.662 de 1993 (CFESS, 2010).

Silva e kruger (2018) apontam que alguns estudos produzidos a partir dos anos 2000, tais como de Bravo e Matos (2007) e de Vasconcelos (2006), possibilitaram à categoria profissional identificar um distanciamento entre a formação e o trabalho profissional de assistentes sociais, tendo em vista o acúmulo teórico, metodológico e político.

O projeto profissional do serviço social se desenvolveu e vem se sustentando na busca por uma fundamentação e consolidação teórica, metodológica,

política e ética. Fruto de rigorosas pesquisas vinculadas, sobretudo nos Programas de Pós-Graduação da área, tem seu respaldo como área de conhecimento nas agências de fomento, nas densas publicações de livros e periódicos, no debate político que envolve os temas dos onze princípios do seu Código de Ética e na defesa intransigente dos direitos sociais. Mas estes significativos avanços não nos cegam às respostas prático-utilitaristas, intervenções idealizadas, espontaneístas, restritas às relações interpessoais, com predominância de atuação nos espaços assistencial e emergencial que caracterizam majoritariamente o exercício profissional. (SILVA; KRUGER, 2018, p. 272).

O trabalho profissional do(a) assistente social na saúde deve legitimar o Projeto Ético e Político Profissional do Serviço Social, e estar em consonância com Projeto da Reforma Sanitária.

Desde 2008 o Conselho Federal do Serviço Social (CFESS), junto aos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), identificou-se necessidade de elaboração dos Parâmetros do CFESS para referenciar o trabalho profissional do(a) assistente social na saúde, tendo em vista que a requisição da categoria para uma resposta profissional que atendesse as necessidades de usuários(as) da saúde.

Martinelli (2011) explica que, na saúde o Serviço Social trabalha no atendimento direto aos(as) usuários(as) que vivenciam situação de fragilidade na condição de saúde, por isso, necessita de um profissional capacitado que faça o acolhimento humanizado e com olhar atento para que reconheça o(a) usuário como sujeito de direito. A escuta qualificada e ética que respeite a sua singularidade, busca estabelecer uma relação de confiança com usuário(a), para que este alcance sua autonomia em relação aos cuidados com sua saúde.

Dentre os desafios que o Serviço Social enfrenta no trabalho em saúde é que, muitas vezes, o profissional acaba se especializando em saúde pública e não se reconhece mais enquanto assistente social. O trabalho do(a) assistente social na saúde não pode se afastar das atribuições específicas da profissão e dos valores e princípios dispostos no Código de Ética (SILVA; KRUGER, 2018).

Nesse sentido, o documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde está organizado em 4 (quatro) eixos estruturantes para o exercício profissional do(a) assistente social na saúde, vejamos:

O primeiro eixo Atendimento direto aos(as) usuários(as), explica o trabalho do(a) assistente social no implemento de ações socioassistenciais pautadas nas Atribuições Privativas da Categoria, o respeito os princípios e o projeto profissional. Desse modo, o(a) assistente social consegue compreender as demandas dos(as) usuários(as) e atender suas necessidades sociais de saúde (CFESS, 2010).

Para isso é essencial ter uma boa articulação com a equipe no trabalho interdisciplinar, assim como estabelecer ações intersetoriais com outras políticas públicas e sociais, como forma de fortalecer e ampliar os direitos dos usuários e fazer encaminhamentos devido.

Ainda, o trabalho do(a) assistente social possui dimensão educativa, que consiste em competência pedagógica e política, através do repasse de informações e orientações sobre as formas de acesso e efetivação de direitos conferem autonomia ao(a) usuário(a), e informações acerca de espaços coletivos de participação que permitem protagonismo e emancipação política.

O segundo eixo refere-se à Mobilização, participação e controle social, vem para ratificar a Lei Orgânica de Saúde de n. 8142 de 1990, ao criar espaços democráticos para deliberação coletiva sobre a política de saúde, pois a participação da população nos fóruns, conselho e conferências de saúde é um direito garantido. E, permite que a sociedade acompanhe a política de saúde desde sua implementação, execução e financiamento (CFESS, 2010).

Nesse sentido, o(a) assistente social deve mobilizar os usuários para a participação social, como nas ouvidorias que dá voz aos(as) usuários(as), seja nas reclamações, sugestões, permitindo reformulações da política e a melhoria na qualidade dos serviços do SUS.

O terceiro eixo orienta sobre Investigação, planejamento e gestão, e corresponde ao conjunto de ações para fortalecimento da gestão democrática e participativa conforme diretriz da descentralização do SUS, prevista na LOS de no. 8080 de 1990, que atribui mais autonomia aos municípios na gestão da política e saúde (CFESS, 2010)..

A dimensão investigativa é inerente na formação e trabalho profissional do(a) assistente social, permite conhecer a realidade social dos(as) usuários(as) e compreender suas necessidades. A atuação na gestão pode contribuir em realizar diagnósticos, estudos e pesquisas que permitam o conhecimento do território e suas demandas para saúde, ainda, realizar monitoramento e avaliação da política de saúde para subsidiar melhorias dos serviços.

O quarto eixo sobre Assessoria, qualificação e aprimoramento profissional, refere-se à educação premente para aprimoramento dos(as) trabalhadores(as) da saúde, o processo de formação qualificada dos estudantes dos cursos da saúde, a assessoria qualificada, para dar subsídios e contribuir na elaboração e implementação

de políticas e programas, inclusive, prestar apoio aos movimentos sociais (CFESS, 2010).

A publicação do Parâmetros do CFESS tem um significado importante, objetiva orientar o exercício profissional do(a) assistente social de acordo com o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Profissional do Serviço Social, no intuito de ofertar serviço público de saúde mais qualificado à população usuária, como um direito social e fundamental da população, e dever do Estado.

Dessa forma, com os Parâmetros, há a intenção de trazer a reflexão relacionada aos diversos eixos da atuação profissional, na busca da garantia dos direitos sociais, do fortalecimento da participação social e da viabilização do SUS como uma tentativa de suprir uma lacuna que existe entre a atuação com o conservadorismo, o Projeto da Reforma Sanitária, o projeto privatista, o processo de renovação (Movimento de Reconceitualização) e os desafios sempre renovados pela conjuntura. (SILVA; KRUGER, 2018, p.275).

De acordo com Martinelli (2011) as orientações contidas nos Parâmetros do CFESS, só ganharão concretude se a categoria profissional se comprometer com o trabalho interdisciplinar na saúde, condizente com valores éticos profissionais e com a vida dos(as) usuários(a), preconizando a integralidade do SUS e defendendo e reafirmando o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social.

O cotidiano do trabalho em saúde apresenta desafios para o exercício das atribuições profissionais do(a) assistente social

Este documento assume irrefutável importância para os direcionamentos da profissão na saúde, tendo sido elaborado pelo CFESS com a intenção de estimular práticas éticas que superem o traço conservador, ainda presente nos espaços de trabalho, e que vem sendo renovados pelas imposições do projeto privatista. Acredita-se que o objetivo de realizar esse direcionamento à categoria foi alcançado, pois o texto do documento contém uma riqueza de informações e esclarecimentos acerca das atribuições profissionais na área da saúde condizentes com os objetivos da Reforma Sanitária Brasileira alertando para as armadilhas presentes no cotidiano da saúde. (NOGUEIRA, 2017, p. 82-83).

Com base na pesquisa de campo realizada por Silva e Kruger (2018) apontou como resultados que os(as) assistentes sociais que trabalham na política de saúde desconhecem o documento Parâmetros do CFESS, como referência para o exercício profissional do(a) assistente social na saúde:

Os resultados desta pesquisa apontam para uma realidade de que os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde são bastante desconhecidos pelos profissionais e referenciam pouco o exercício profissional na saúde. Os grupos focais representaram um processo pedagógico no qual as falas entre os profissionais participantes levaram a reflexões sobre o exercício profissional no âmbito hospitalar, permitindo

afirmar que o documento dos Parâmetros não é utilizado no cotidiano profissional. Muitos dos sujeitos afirmaram que tiveram o primeiro contato com o referido documento durante a graduação – pois parte dos integrantes vem de uma geração que se formou após a sua publicação – ou em algumas situações específicas, não perpassando o cotidiano desses profissionais. (SILVA; KRUGER, 2018, p. 284-285).

Tal informação ratifica as reflexões contidas nos Parâmetros sobre o Serviço Social na saúde, que, devido as determinações institucionais do modelo de atenção à saúde centrado na doença, faz com que o profissional realize atribuições estranhas à sua competência, muitas vezes funções que apenas subsidiam o trabalho de outros profissionais da saúde. Ao se afastar das atribuições privativas, incorpora funções específicas de saúde e corre o risco de não atender as necessidades sociais da população usuária.

Assim, a categoria profissional deve reafirmar que a formação acadêmica, ao abordar a política de saúde, enfatize a importância das Resoluções e dos Parâmetros para subsidiar o trabalho em saúde, pois estará de acordo com projeto profissional, o SUS constitucional e as propostas da Reforma Sanitária.

Se assim agirmos, firmemente apoiados nos princípios que regem a profissão bem como nas diretrizes políticas que norteiam o Serviço Social na área da saúde, estaremos praticando uma ética militante no campo dos direitos, com vistas à consolidação dos direitos de cidadania dos usuários do hospital, de seus familiares e dos próprios trabalhadores da saúde. (MARTINELLI, 2011, p. 503).

Para a autora, é fundamental que:

[...] nos pede a ética da proteção social como direito, como elemento fundante da cidadania, lembrando-nos da importância de captar as diferenças sociais, as necessidades dos usuários, mas também as suas capacidades que podem ser desenvolvidas tanto no contexto hospitalar quanto em sua própria comunidade por meio das redes de apoio, o que é fundamental para sua proteção e autonomia. (MARTINELLI, 2011, p. 503).

Portanto, este olhar de totalidade na saúde exige ultrapassar a concepção curativista e centrada na doença, para a defesa do modelo de atenção pautado no SUS constitucional, público e gratuito, ou seja, condizente com o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social e o Projeto da Reforma Sanitária. Exige, ainda, acompanhar o debate da categoria profissional, subsidiado na análise crítica da realidade social.

Devido a importância do eixo, nos Parâmetros, que trata da qualificação e desenvolvimento do trabalho profissional de assistentes sociais, em 2012 a categoria profissional publicou a Política de Educação Permanente do Conjunto CFESS-CRESS

(CFESS, 2012). A categoria profissional orienta a Educação Permanente como estratégia para qualificação dos serviços prestados à população nos espaços sócio-ocupacionais de trabalho. Tal recomendação de aprimoramento profissional permanente está ratificada no Código de Ética, no Projeto Profissional e está de acordo com a Política de EPS do SUS.

Portanto, é necessário abandonar a concepção que a formação profissional se restringe a graduação ou pós-graduação, pois o cotidiano do trabalho profissional deve ser reconhecido como espaço formativo que aprimora o exercício profissional, isto é, qualificar as competências e atribuições específicas no âmbito das políticas sociais, direcionadas para garantia dos direitos e necessidades sociais da população.

Ressalta-se que a educação permanente possui caráter pedagógico e político, pois é no exercício profissional que o(a) assistente social percebe a indissociabilidade entre teoria e prática. A apreensão da teoria crítica permite desvelar as determinações sócio institucionais, atribui uma dimensão da totalidade histórica, confere uma capacidade investigativa que possibilita conhecer o movimento da realidade social, marcada por contradições e, sobretudo, por possibilidades de atuação condizente com as necessidades e interesses da população.

3.3 Produção sobre a EPS nos eventos do Serviço Social

A análise da produção acadêmico-científica sobre a Educação Permanente em Saúde nos Anais dos Eventos do Serviço Social, foi realizada a partir dos Anais dos principais eventos da categoria e da saúde, quais sejam:

- Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS),
- Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) e,
- Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde (CONASSS).

Estes eventos congregam o debate expressivo da categoria profissional, com um número significativo de participantes – assistentes sociais, docentes, estudantes, pesquisadores, associações, entre outros, tanto no âmbito nacional, como na América Latina e outros países. O significado destes espaços justifica a escolha da amostra da pesquisa e reconhece a representatividade para o Serviço Social enquanto profissão.

A partir do recorte temporal adotado, a publicação dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais, o período de 2010 a 2019, por ser uma referência

importante para a categoria profissional na direção do Projeto da Reforma Sanitária e do Projeto Profissional do Serviço Social.

A presente investigação adotou a análise de conteúdo da temática, conforme orienta Minayo (2016, p. 76), “[...] através da análise de conteúdo, podemos caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado.” A autora esclarece que esta análise consiste “[...] em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõe a comunicação e cuja a presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.” (MINAYO, 2016, p.105).

Para análise de conteúdo dos dados qualitativos, primeiramente, foi estabelecida a categorização, que pode ser definida previamente quando o pesquisador possui conhecimento sobre o assunto, ou pode surgir a partir da análise do material pesquisado. A categorização deve ser homogênea e contemplar todo material analisado, pois a categoria deve ter significado único e ter a adequação entre o conteúdo e os objetivos da pesquisa (MINAYO, 2016).

A partir desta orientação, os critérios adotados para a análise dos trabalhos publicados nos Anais dos Eventos, e ampliar a possibilidade da busca, foram: Serviço Social na/da saúde, assistente social na/da saúde, Sistema Único de Saúde (SUS) e Educação Permanente em Saúde (EPS). E, assim, foram estabelecidas as categorias de análise: Serviço Social na Saúde, Formação em Saúde; Trabalho em Saúde e, Educação Permanente em Saúde.

No período de 2010 a 2019, ocorreram as seguintes edições:

- 4 do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS),
- 5 do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) e
- 4 do Congresso Nacional de Assistentes Sociais da Saúde (CONASSS).

Portanto, totalizando 13(treze) eventos. Entretanto, diante da dificuldade de encontrar e de acessar os Anais de Eventos de todas as edições, foi possível a análise de 6 (seis) eventos, ou seja, cerca de 50% (cinquenta) dos eventos realizados.

É importante destacar que os Anais destes eventos eram impressos e/ou gravados em CD-ROM (Compact Disc Read-Only Memory), o que dificultou de maneira expressiva a localização do material para a pesquisa. Foram realizadas várias tentativas, as quais não resultaram na coleta pretendida de todo o material.

Foram selecionados 6 (seis) eventos para análise dos Anais:

- 2 (dois) Anais do CBAS, de 2016 e 2019, disponíveis na página dos eventos;

- 2 (dois) Anais do CONASSS, de 2014 e 2016, cedidos por participantes e,
- 2 (dois) Anais do ENPESS, de 2010 e 2012, cedidos por participantes.

Os trabalhos publicados sobre a Educação Permanente em Saúde, estão organizados em tabelas de acordo com a edição anual de cada evento. Conforme a seguir:

Quadro 1 - 15ª Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS)

Informação do evento	
O 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), teve como tema '80 anos de Serviço Social no Brasil – a certeza na frente, a história na mão', ocorreu de 05 a 09 de setembro de 2016, em Olinda/PE. Essa edição comemora datas importantes para a categoria profissional, ou seja, os 80 anos do Serviço Social no Brasil, os 60 anos da ABEPSS e os 20 anos das Diretrizes Curriculares (CBAS, 2016).	
Nome do trabalho	Autoria
Da Imersão a Ativação de Redes: as engrenagens de Educação Permanente em Saúde do Projeto Percursos Formativos na RAPS pelo olhar de Assistentes Sociais intercambistas	CORREIA; FARIAS
Serviço Social e as rodas de conversa no SUS: problematizando a formação e o trabalho na perspectiva da educação permanente em saúde	SARRETA, <i>et al.</i>

Fonte: Organizado pela autora

Neste evento, 2 (três) trabalhos produzidos por assistentes sociais que trabalham na saúde teve por objeto a EPS. A análise da experiência formativa e de intercâmbio profissional, com imersão em diversos pontos de atenção à saúde, com foco na saúde mental, álcool e drogas, vivenciado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Recife-CE, na etapa do intercâmbio profissional, onde os(as) trabalhadores(as) realizavam a formação, conforme Correia e Farias (2016).

As autoras refletem que entre a rede de formação e a rede preceptora teve uma integração entre profissionais de diversas regiões do país, na fase de execução os percursistas formaram quartetos, mesclando-se trabalhadores(as) de municípios distintos, ficando cada quarteto referenciado a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ad Álcool e Drogas da RAPS.

Neste cenário de práticas e ações pioneiras de EPS, o projeto Percursos Formativos na RAPS reverbera para além das vivências inter-culturais e das

experiências formativas dos intercambistas. Antes de tudo, fomenta a interlocução e aproximação de diversas engrenagens de Educação Permanente voltadas para a gestão do trabalho, melhoria da atenção, qualificação técnico-operativas para o cuidado e intervenções em saúde, difusão de conhecimentos teóricos- metodológicos, e, transformações dos paradigmas ético-políticos nas Redes de Atenção à Saúde, fortalecendo o protagonismo dos sujeitos, na construção e fortalecimento destas redes. (CORREIA; FARIAS, 2016, p.5).

Tais ações de EPS realizadas ressaltam a necessidade de articulação entre os sujeitos da saúde: ensino, atenção à saúde, gestão e controle social, conforme Ceccim e Feuerwerker (2004), que se constituem o quadrilátero para a saúde. Ainda, vai ao encontro com a descentralização do SUS, na perspectiva de criação de redes de atenção em cada região com o objetivo de atender as necessidades de saúde de cada região.

Para Paim (2009) com a regionalização dos serviços e ações de saúde ocorre uma ampla descentralização da atenção básica para os municípios, tendo em vista foco na prevenção e, uma centralização dos serviços especializados nas regiões de saúde.

Ressalta-se a relevância da participação ativa em espaços coletivos para debates, problematização, discussão, compartilhamento de saberes através de rodas de conversa, oficinas de formação e capacitação. Ainda, destaca a necessidade de processos de articulação intrasetorial e intersetorial. Enfim,

Não é preciso sair do lugar para experimentar a EPS mas, certamente, ao experimentar a EPS saímos do 'lugar' que inicialmente se estava. É essa a principal engrenagem da EPS: propiciar novas alternativas, mesmo quando os problemas parecem ser os mesmos. (CORREIA; FARIAS, 2016, p. 6).

Essa análise é muito significativa e sintetiza de forma simples como a EPS é transformadora e essencial para o processo de trabalho na saúde, tornando-se evidente as categorias da Educação Permanente em Saúde e da Formação em Saúde, ainda que não tenha nenhuma referência direta ao documento Parâmetros do CFESS. A adoção da perspectiva crítica neste trabalho é evidente, emergindo como categoria – redes de formação e redes preceptoras, que podem ser compreendidas e inseridas na categoria – formação profissional, para o trabalho em saúde ou Sistema Único de Saúde.

O trabalho de Sarreta *et al.* (2016), trata da experiência das rodas de conversas que problematizam a formação e o trabalho do Serviço Social na saúde no Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Política de Saúde e Serviço Social (QUAVISS) da

Universidade Estadual Paulista (UNESP) de Franca/SP. O Grupo tem perspectiva socioeducativa e caráter interdisciplinar, articula ensino, pesquisa e extensão, na graduação e pós-graduação em Serviço Social, através de uma metodologia participativa, estimulando o diálogo, troca de experiências e integração entre sujeitos.

A análise mostra que o espaço da universidade deve ser aproveitado como processo de formação profissional, assim, a EPS pode ser trabalhada desde a graduação, através de espaços coletivos que socializam experiências teóricas e práticas sobre trabalho em saúde. O Grupo Quaviss compõe-se de estudantes de graduação, pós-graduação, profissionais e professores(as), entre outros, sendo um espaço político-pedagógico de formação profissional para o trabalho no SUS.

Os resultados mostram que a Oficina potencializou a integração ensino-serviço e, ainda, provocou a problematização e identificação de temas de interesse e foram organizadas pelos próprios membros do Grupo, sempre que possível, integrando estudante-trabalhador como facilitadores dos debates. A Oficina tem se constituído como um espaço de referência para o debate sobre a política pública de saúde e o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) local e regional, na perspectiva socioeducativa e interdisciplinar. As atividades estimulam a integração e a troca de experiências atingindo os objetivos propostos, do mesmo modo, a metodologia estimula a participação ativa e crítica, a criatividade e novas aprendizagens, sobretudo, a integração entre estudante-trabalhador de saúde foi o aspecto mais expressivo e positivo apontado, contribuindo para a potencialização dos sujeitos. (SARRETA, *et al*, 2016, p. 9).

Ainda, reafirma o SUS como conquista histórica, as lutas populares e sociais para a Reforma Sanitária, e aponta a necessidade de fortalecer ações de EPS para transformação do modelo de atenção à saúde e efetivação da diretrizes e princípios do SUS, integrando ensino e serviço. O cotidiano do trabalho em saúde é um espaço formativo, portanto, a EPS como estratégia político-pedagógica visa fortalecimento do SUS constitucional.

A estratégia da EPS se mostra relevante uma vez que pode construir um processo que articula a formação profissional aos avanços e experiências acumuladas na política pública de saúde. Diante das investidas do projeto neoliberal no desmonte das conquistas historicamente construídas, torna-se necessário investir em uma formação profissional crítica que estabeleça nos serviços de saúde uma postura de atuação profissional que supere o papel de reprodução e manutenção e descompromisso com os interesses e necessidades sociais. A ruptura desse processo passa, inevitavelmente, pela formação permanente dos sujeitos, abrangendo a participação de todos na produção de uma vida mais saudável e humana. (SARRETA, *et al*, 2016, p. 9).

Desse modo, ratifica-se a importância da EPS para uma formação profissional qualificada para um trabalho comprometido no SUS, condizente com projeto

profissional do Serviço Social, preparado para enfrentar as determinações do capital e atender às necessidades de saúde da população. Nesse sentido, entende-se que este trabalho foi orientado segundo Parâmetros do CFESS.

Neste trabalho, fica evidente as categorias – Educação Permanente em Saúde e Formação em Saúde, bem como, a orientação pelo materialismo histórico e dialético. Emerge como categoria os limites impostos pelo neoliberalismo e a necessidade dos profissionais buscarem estratégias para resolução dos problemas de formação e trabalho na saúde, através da participação ativa em espaços democráticos que propiciem uma aprendizagem coletiva.

Quadro 2 - 16ª Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS)

Informação sobre evento	
A 16ª edição do CBAS teve como tema os '40 anos de Virada', e foi realizado de 28 de novembro a 04 de dezembro de 2019, em Brasília/DF, e comemorou os 40 anos que a categoria profissional se posicionando em defesa dos direitos da classe trabalhadora e recusa ao conservadorismo. (CBAS, 2019).	
Nome do trabalho	Autoria
A residência integrada em saúde e análise dos processos formativos	SANTOS; FERREIRA; BERWLG
Educação Permanente em Saúde como ação de enfrentamento à sífilis adquirida no município de Porto Alegre (RS)	OLIVEIRA, <i>et al.</i>
Saúde mental e educação permanente: o apoio matricial enquanto instrumento para a materialização da intersetorialidade	SILVA; RIBERIO
Produção do Conhecimento sobre Educação Permanente em Saúde nos eventos do Serviço Social	LIMA

Fonte: Organizado pela autora

E, a palavra-chave Educação Permanente em Saúde 4 (quatro) trabalhos, que foram selecionados e analisados. O trabalho sobre a Residência Integrada em Saúde e análise dos processos formativos (SANTOS; FERREIRA; BERWLG, 2019), trata da experiência de professores(as) e profissionais da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) da UNIPAMPA, que traz a EPS como estratégia para adequação formação e qualificação de trabalhadores(as) do SUS.

Assim, foi tratado como se deu o processo de construção da EPS junto ao projeto político pedagógico da RIMS. “Assim, a ideia de um processo de educação permanente no SUS, é a viabilidade de incorporar um espaço para pensar, planejar, estudar e avaliar novas ações de cuidado e proteção.” (2019, p. 4).

Está evidente no texto que a EPS é uma proposta ética, política e pedagógica que busca a transformação do modelo de atenção à saúde e dos processos formativos, através da educação em serviço, adotando perspectiva Intersetorial. Engloba ações de pesquisa, avaliação e planejamento das ações na saúde, sendo integrada a outras políticas do SUS, e vem para atender as necessidades de formação de todos os sujeitos da saúde.

O desafio posto à discussão do sistema de saúde no processo de formação de trabalhadores passa pela necessidade de compreensão da participação destes profissionais nos processos formativos, visto que a proposta não se dá apenas via oferta de cursos, ou de aparato técnico, mas tem objetivos de uma formação de base, pautada nos princípios do SUS, que busca construir uma ação participativa, na construção e democratização dos saberes. Assim, entre o rol de propostas para uma educação permanente, é imperioso observar a oferta de espaços de socialização, democratização dos debates, a partir de encontros entre trabalhadores e usuários, com abertura para o diálogo, compartilhando experiências, dúvidas e conhecimentos. (SANTOS; FERREIRA; BERWLG, 2019, p. 23).

Nota-se que por ser uma política de formação para o trabalho em saúde, a EPS desenvolvida no âmbito da residência multiprofissional agrega a formação em serviço. Ainda, atende ao modelo de atenção integral à saúde, pautada na concepção ampliada de saúde e nos princípios do SUS, estimula compartilhamentos de saberes no trabalho multiprofissional e interdisciplinar, para atender as demandas da população.

Os autores destacam que a metodologia baseada em problemas permite aos residentes reafirmar a indissociabilidade entre teoria e prática, ter vivências de campo, rodas de conversas, trocas de saberes, reflexão crítica da realidade social, socialização dos conhecimentos, enfim construção de conhecimentos a partir do cotidiano do trabalho em saúde. Assim a EPS tem foco,

[...] na aprendizagem em situações de trabalho, onde a educação é um processo em que aprender e ensinar se incorporam no dia a dia dos trabalhadores e dos serviços, organizações de saúde parceiras. Essa proposta de educação permanente visa facilitar e avançar nas práticas profissionais, na organização do trabalho e de sistemas de serviços em saúde, sob a ênfase da problematização das experiências cotidianas. (SANTOS; FERREIRA; BERWLG, 2019 p. 10-11).

Fica evidente a dificuldade dos residentes em participar de todas ações devido a postura autoritária de alguns professores(as), receio de posicionamento mais crítico, falta de posicionamento quanto aos casos de assédio moral, precarização de recursos para transporte, entre outros.

Esses desafios são impostos pela lógica do capital, onde os residentes se submetem as determinações institucionais do hospital, e se distanciam das atribuições privativas do Serviço Social. Assim, não podemos culpabilizar os profissionais devido as condições objetivas e subjetivas impostas pelo capital para reprodução social.

Apesar dos desafios apontados pelos autores, o processo de trabalho foi refletido e demonstrou necessidades de mudanças para que o trabalho dos residentes esteja em consonância com SUS constitucional, para isso a continuidade de ações de EPS será imprescindível para que se efetivem as mudanças necessárias. Desse modo, as categorias Educação Permanente em Saúde, Formação em saúde e Trabalho em saúde, estão claramente evidenciadas.

A EPS como ação de enfrentamento às doenças, como a sífilis adquirida, é tratada no município de Porto Alegre - RS, a partir de uma proposta de intervenção dos(as) trabalhadores(as) da saúde nas Unidades de Saúde. As ações foram realizadas na perspectiva da EPS por uma equipe multiprofissional em parceria com a coordenação de programas e projetos, uma vez que a demanda surgiu do processo de monitoramento no município que identificou altos níveis de Sífilis Adquirida na Atenção Básica de Saúde (OLIVEIRA, *et al.*, 2019).

O trabalho demonstra como os profissionais de saúde devem ter competência para articular ações entre a gestão, vigilância e assistência, visando atender as distintas necessidades de saúde em cada município e região. As atividades contaram com a participação coletiva dos(as) trabalhadores(as) das unidades de saúde nas rodas de conversa, propiciou diálogos entre as equipes de saúde, gestão e vigilância em saúde.

A partir desse processo de EPS identificou-se nas unidades de saúde, problemas como: a falta de profissionais na equipe, necessidade de monitoramento, local adequado para fazer testagem de forma sigilosa, e o acompanhamento da doença. A projeto consistiu de etapas que envolviam visitas e observações participantes, e em seguida, implementação de ações para intervenção. O projeto de intervenção propôs:

[...] um diálogo democrático junto aos profissionais e equipes, assim como, compartilhar a corresponsabilização das ações de promoção, prevenção e cuidado com a sífilis pode impactar diretamente na cadeia de transmissão e, assim, evitar o desfecho que as principais organizações internacionais desejam: a sífilis gestacional e congênita. (OLIVEIRA, *et al.*, 2019, p. 7).

Ao final recomenda-se que a gestão dê continuidade a projetos e mobilize os(as) trabalhadores(as) na ocupação de espaços coletivos para participação e controle social, e estabeleça parcerias para fortalecer o enfrentamento da propagação da doença sífilis no município, pois a:

[...] EPS, como potente estratégia reflexiva e transformadora dos processos de trabalho, em conjunto com demais atividades que possam dar subsídios ao fazer profissional, impactando na qualidade dos serviços prestados e na resolutividade quanto ao tratamento e acompanhamento dos usuários reagentes para SA do referido município. (OLIVEIRA *et al.*, 2019, p. 7).

Neste trabalho, está presente as categorias Formação em saúde, Trabalho em saúde e Educação permanente em saúde.

Silva e Riberio (2019) apresentam no estudo a relação da Saúde Mental e educação permanente em saúde, a partir do apoio matricial enquanto instrumento para a materialização da intersetorialidade. Analisa a vivência de trabalho no Programa Residência Multiprofissional em Saúde Mental no CAPS AD, e o apoio matricial como ferramenta de promoção do cuidado na atenção básica na cidade de Sobral - CE. O processo formativo foi coordenado pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e contou com a participação de tutores(as), trabalhadores(as) e gestores(as).

A formação possibilitou mais efetivação da linha de cuidado e apoio matricial através do diálogo entre as Rede de Atenção Integral a Saúde Mental (RAISM) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), conferindo mais protagonismo e caminhos para mudanças. Aponta-se que Apoio Matricial é uma importante ferramenta de tecnologia para atenção à saúde que produz sentido, organiza o processo de cuidado e fomenta a gestão e cogestão da saúde.

A iniciativa surgiu da necessidade de romper com o modelo biomédico que institucionaliza os sujeitos com doença mental. Mas com a extinção dos manicômios, os sujeitos retornaram ao convívio familiar e os cuidados com a saúde mental, além do tratamento especializado realizado pelo CAPS passava pela Atenção Primária. Por isso a necessidade de reformular a atenção a saúde a partir da implementação da EPS, pois,

[...] busca contemplar uma demanda interna ao campo da saúde na perspectiva de compreender processos de promoção, prevenção, cuidados em saúde e ainda ativar cenários políticos de participação social. Portanto, os espaços ocupacionais são também espaços de formação, constituindo uma rede-escola. (SILVA; RIBERIO, 2019, p. 25).

A RAIS foi um processo coletivo que trouxe mudança do Apoio Matricial na Atenção Primária, assim ampliou-se a equipes matriciadora, os(as) trabalhadores(as) tornam-se referências, atendimento multiprofissional, intensifica-se ações no território, entre outros. O processo de trabalho foi reordenado, foram definidas as equipes matriciadoras para fazer a formação das demais unidades de saúde e os profissionais acompanham os casos por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e, de acordo com o caso faz o encaminhamento para o CAPS II ou CAPS-AD.

Destaca-se as dificuldades enfrentadas pela falta de participação da equipe de matriciamento da atenção básica, devido à atual conjuntura neoliberal de diminuição de investimento para a política de saúde que precariza o processo de trabalho. Bem como, a rotatividade de trabalhadores(as) da equipe e a mudança de gestores(as) que implica num repetitivo processo de sensibilização e capacitação dos novos membros. Ainda, ficou evidente que a política de saúde mental não é uma prioridade das unidades básicas de saúde.

Desse modo, o trabalho reafirma que a efetivação da EPS é um esforço constante que requer participação dos sujeitos da saúde, para fortalecer essa política tão relevante que transforma as práticas de saúde e reflete na qualidade dos serviços prestados no SUS. Nesse sentido, identificou-se as categorias Educação permanente em saúde, Formação em saúde e Trabalho em saúde, este relacionado com o trabalho em redes de saúde.

A produção do conhecimento sobre Educação Permanente em Saúde nos eventos do Serviço Social é uma produção da pesquisadora (LIMA, 2019), que apresenta os resultados parciais do seu estudo de natureza qualitativa, e tem como objeto investigação a produção acadêmica ou científica do Serviço social sobre a Política de EPS, realizando um levantamento dessas produções nos eventos CBAS, CONASS e ENPESS.

A autora enfatiza a necessidade de implementação da Política de EPS, como estratégia para qualificar o processo de trabalho em saúde, consequentemente, contribuindo para fortalecimento do SUS. Reflete que o Serviço Social foi regulamentado e reconhecido como profissão da saúde pelo CNS e CEFSS, sendo

necessário conhecer como os (as) assistentes sociais atuam com a EPS, e se conseguem sistematizar esse conhecimento na forma de produção acadêmica ou científica nos eventos da categoria.

Ainda, sustenta a “[...] relevância do Serviço Social no SUS orientar seu trabalho profissional no documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde de 2010 do CFESS, sendo este o marco, para o levantamento dos eventos.” (LIMA, 2019, p. 65).

Entende-se que os Parâmetros do CFESS é essencial para um trabalho comprometido com projeto profissional do Serviço Social e contribui para fortalecimento das diretrizes e princípios do SUS.

Para concretização das diretrizes do SUS, é necessário que se preste um atendimento com qualidade e de forma humanizada. Para isso, é imprescindível a implementação da EPS para qualificação do trabalho no SUS, em que os trabalhadores da saúde reorientem sua prática profissional-usuário, tenham um olhar diferenciado, uma escuta ativa com os usuários e a realização de práticas educativas, entre outras. (LIMA, 2019, p. 6).

O trabalho em saúde, geralmente, se caracteriza por um trabalho em equipe, interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial. Esse contexto onde impera a lógica curativista e a centralização da doença, é um ambiente propício para implementação da EPS no sentido de reformular a atuação profissional na perspectiva da concepção ampliada de saúde.

O trabalho aponta que a pouca produção acadêmico-científica, pode ser decorrente do contexto neoliberal que trouxe a retirada de direitos e desresponsabilização do Estado face a política de saúde, e a desvalorização da formação e do trabalho crítico e reflexivo.

Ainda, a cultura histórica do modelo de saúde curativista que fragmenta o cuidado em especialidades estimula a lógica hospitalocêntrica, o que pode comprometer as atribuições privativas do(a) assistente social na saúde.

São reflexões que podem responder à problemática da pouca produção do Serviço Social sobre a EPS. Destacam-se neste trabalho a relação das categorias Educação permanente em saúde, Formação em saúde e Trabalho em saúde.

Quadro 3 - 12º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS)

Informação sobre evento
O 12º ENPESS ocorreu entre 06 a 10 de dezembro de 2010 na cidade do Rio de Janeiro - RJ, e teve como tema a Crise do capital e a produção do conhecimento na realidade brasileira: pesquisa por quê, para quem e como? Segundo destacado pela conselheira do CFESS, Marylucia Mesquita, o evento buscou ampliar o debate sobre a pesquisa em Serviço Social. Está permite uma reflexão crítica sobre as determinações do capitalismo que atinge a classe menos favorecida, pois reflete na formação acadêmica e no trabalho profissional. Nesse sentido, é imprescindível o fortalecimento da produção acadêmica e científica em consonância com projeto profissional. (CFESS, 2010a, <i>on line</i>).

Fonte: Organizado pela autora

Cumprе salientar que foram analisados 17 (dezessete) trabalhos, mas nenhum com objeto na Política de Educação Permanente em Saúde. O conteúdo dos trabalhos indica a EPS para o trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, entretanto, sem nenhuma abordagem da EPS.

Os trabalhos apesar de não fazerem a referência a EPS, ressaltam a importância do(a) assistente social no SUS, a busca por novos conhecimentos, enfatizando a unicidade entre teoria e prática profissional no trabalho em saúde, inclusive alguns adotaram como referencial o documento Parâmetros do CFESS. Enfim, nenhum trabalho nesta edição tratou especificamente da relação Serviço Social e a EPS.

Quadro 4 -13º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS)

Informação sobre evento	
No 13º ENPESS com o tema 'Serviço Social, acumulação capitalista e lutas sociais: o desenvolvimento em questão', foi realizado de 05 a 09 de novembro de 2012, em Juiz de Fora – MG; conforme destacou a presidente da ABEPSS, Mônica Santos, buscou o aprofundamento da reflexão crítica e socialização da produção, articulação Intersetorial na busca de reafirmar os princípios éticos da profissão e a criação de alternativas para superação da banalização da população. (CFESS, 2012a, <i>on line</i>).	
Nome do trabalho	Autoria
Processo de regionalização da EPS estado de Mato Grosso	CUNHA
Política de Educação Permanente em Saúde região de Franca/SP	SARRETA

Fonte: Organizado pela autora

O estudo de Cunha (2012) sobre o processo de regionalização da Educação Permanente em Saúde no Estado de Mato Grosso, foi a partir de pesquisa documental nos arquivos da Escola de Saúde Pública do Estado e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), período de dezembro de 2003 a dezembro de 2010, sobre o processo de implementação da EPS no Estado de Mato Grosso, na perspectiva da regionalização do SUS.

A autora destaca que visando a adequação ao Pacto Pela Saúde de 2006, a intenção é inverter a lógica centralizada no Estado para formação de recursos humanos para a saúde. Indica que existia somente um polo de capacitação dos(as) trabalhadores(as), na capital do Mato Grosso, mas com implementação da regionalização da EPS foram construídos 16 (dezesseis) colegiados descentralizados e com prioridade nas decisões, de acordo com as necessidades de saúde de cada região.

Considerando que as três esferas do governo – federal, estadual e municipal, devem implementar a formação e capacitação dos(as) trabalhadores(as) na saúde para melhorar a qualidade do atendimento ao(a) usuário(a). Assim, foram realizadas oficinas de formação permanente com a participação de trabalhadores(as) e gestores(as) integrantes da rede através da troca de experiências, sendo estas informações socializadas através da internet, para que servisse de estratégias a serem utilizadas na política de saúde, e também, que fosse acessível à população.

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. E estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. (CUNHA, 2012, p. 4).

A EPS permite a interlocução entre ensino-serviço, transforma o modelo de atenção, qualifica os(as) trabalhadores(as) e a gestão setorial, ainda, possibilita o controle social e o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos.

Na regionalização, é necessário ir além de uma concepção setorial da saúde e, sobretudo, romper com a visão parcial ou fragmentada dos usos do território. Assim, uma regionalização de fato, requer a consideração da totalidade do território usado, a partir da incorporação de seus conteúdos na lógica sistêmica da saúde, desvendando seus usos, possibilidades e obstáculos, a fim de construir um sistema mais cooperativo e forte. (CUNHA 2012, p. 6).

Tal temática foi regulamentada em 2007, quando a política de EPS foi reformulada para atender as especificidades de cada localidade (BRASIL, 2007a),

em cumprimento a determinação da Constituição Brasil (BRASIL, 1988) e da LOS (BRASIL, 1990).

Nessa perspectiva, é também ressaltada por Ceccim e Feuerwerker (2004) que a educação em serviço deve ser implementada em cada região, para atender as especificidades de cada município. Pois, o SUS na perspectiva da descentralização cada ente federado assume sua responsabilidade na gestão da política de saúde, nesse sentido o município ganha autonomia para tomada de decisões direcionando seus recursos para necessidades do município.

Neste trabalho, destaca-se a presença da categoria Educação permanente em saúde, Formação em saúde e Trabalho em saúde, e emerge a categoria Redes e Regiões de saúde.

A análise da Política de EPS na Franca/SP, a partir de um estudo bibliográfico, documental e de campo sobre o desenvolvimento da EPS, realizado pela coordenadora de grupo de pesquisa da universidade de Franca/SP, com experiência profissional no trabalho em saúde (SARRETA, 2012). A EPS para a autora “é um processo democrático, coletivo e participativo que rompe com o modelo tradicional de saúde e implementa o modelo de atenção integral na perspectiva do SUS.” (2012, p. 7).

Enfatiza-se que a EPS como processo de formação deve estar inserido na universidade, a partir dos grupos de estudos e pesquisas, onde os sujeitos refletem coletivamente a relação entre teoria e a prática em saúde. Essa troca de saberes permite discutir sobre os problemas e criar novas possibilidades para o agir em saúde.

Não se trata de um exercício de estímulo de criatividade para a resolução de problemas imediatos, mas da provocação de questionamentos reflexivos sobre as ações e atitudes profissionais cotidianas. A educação permanente destina-se à transformação das relações de aprendizagem para autonomia dos trabalhadores, como sujeitos políticos, históricos e culturais, no processo de transformação da realidade. (SARRETA, 2012, p.8).

Nessa perspectiva, a EPS consiste na troca de saberes e conhecimentos entre os diversos atores da saúde, pois o conhecimento deve ser condizente com a realidade de saúde, o cotidiano profissional, para construir sentido.

Assim, a educação em serviço e propiciará autonomia aos sujeitos para transformar as práticas de saúde.

Quadro 5 – 7º Congresso Nacional do Serviço Social em Saúde (CONASSS)

Informação sobre evento
O 7º CONASSS de 2014, ocorreu entre 09 a 11 de abril na cidade de São José dos Campos – SP, com o tema 'As repercussões da crise do capitalismo nas políticas de saúde e as ações do serviço social na efetivação de direitos'. Esta edição comemorou os 30 (trinta) anos do SUS a partir de um olhar crítico quanto aos desafios da atualidade que fragiliza a política de saúde, a seguridade social, o trabalho e a democracia diante da crise do capital financeiro que retoma o conservadorismo. O CONASSS fez uma ampla discussão sobre o SUS e sua relação com trabalho profissional do(a) assistente social na política de saúde que se orienta pelo Projeto Ético Político na busca da garantia de direito e autonomia da população. (CFESS, 2014a).

Fonte: Organizado pela autora

A palavra-chave Educação Permanente em Saúde, apontou 4 (quatro) trabalhos, mas após leitura, constatou-se que estes não tinham por objeto a política de EPS, apenas indicavam a educação em saúde ou EPS como estratégia para promoção da saúde na atenção primária, entre outros. Nesse sentido, não teve nenhum trabalho específico.

Quadro 6 – 8º Congresso Nacional do Serviço Social em Saúde (CONASSS)

Informação sobre evento	
O 8º CONASSS, realizado de 13 a 15 de setembro de 2017, em Campinas/SP, com tema '20 anos de CONASSS. Trajetória de debates, construção e fortalecimento do serviço social na saúde', buscou a reflexão, estudo e capacitação dos assistentes sociais na saúde. (CFESS, 2017).	
Nome do trabalho	Autoria
A educação permanente - o recurso para o assistente social quebrar estigma e ampliar o acesso a um público secularmente excluído	SANTOS
O assistente social como membro da equipe multiprofissional na busca da integralidade da assistência à saúde do adolescente	SILVA; SILVA; NETO

Fonte: Organizado pela autora

Foram localizados 2 (dois) trabalhos no formato de resumo, pois esta edição do evento não teve a publicação de trabalhos completos, o que impossibilitou uma análise mais profunda do tema em estudo.

O trabalho de Santos (2017) A Educação Permanente como recurso para o assistente social quebrar estigma e ampliar o acesso a um público secularmente excluído.

A educação permanente é instituída enquanto política após tensionamentos da Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde por valer-se da vivência, dos problema/nós críticos como recursos para subsidiar o método de intervenção junto às equipes para mudança e qualificação da prática. Esta ferramenta de trabalho foi utilizada para a quebra estigmas, ampliação do acesso e qualificação da prática assistencial às pessoas com transtorno mental ou em uso disfuncional de substância psicoativa (Crack, álcool e outras drogas) com Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliar e Técnico de Enfermagem de uma unidade básica da capital sergipana. A ação aconteceu em cinco encontros com apresentação de elementos conceituais da Rede de Atenção e da legislação vigente em saúde mental e posterior reflexão a partir das discussões de casos. Dessa forma percebemos a partir do terceiro encontro que os participantes começaram a identificar-se com a proposta, passaram a reconhecer que a assistência às pessoas com transtorno mental ou em uso disfuncional de substância psicoativa faz parte do escopo de ações a serem desenvolvidas pelos profissionais da atenção básica. Assim ao final do curso foi aplicada uma avaliação, sem identificação, com perguntas estruturadas o que possibilitou diagnosticar se a metodologia e o conteúdo trabalhado contribuíram para mudar a percepção dos participantes. A avaliação foi respondida por vinte e dois (22) dos 28 participantes. Destes, 10 discentes concordaram com todos os itens presentes e, 12 concordaram parcialmente com 11 dos 15 itens. Dos 22 respondentes 100% concordaram que o curso possibilitou debates, trocas de experiências e idéias com a turma e somente 02 concordaram parcialmente que o curso seria de grande valia para o seu trabalho. Portanto foi possível identificar como potencialidades nos cursistas a implicação que estes têm com a gestão do cuidado as famílias; foi possível identificar ainda que as fragilidades na assistência podem, em parte, serem atribuídas às limitações para qualificar a atuação em virtude da ausência de espaços coletivos nas equipes que possibilitem trocas de conhecimentos, assim como a frágil articulação entre os diversos componentes da rede de saúde e da assistência social para oferta do cuidado as pessoas com transtorno mental ou em uso disfuncional de substância psicoativa. (SANTOS, 2017, p.1).

O trabalho mostra as possibilidades da implementação da EPS no processo de trabalho em saúde para qualificar a intervenção profissional do(a) assistente social junto a equipe no trabalho em saúde. As ações foram realizadas por meio de encontros temáticos com exposição teórico e discussão de casos práticos do cotidiano na saúde e perceberam que a prática assistencial dos profissionais de saúde face às pessoas com transtorno mental ou em uso disfuncional de substância psicoativa (Crack, álcool e outras drogas) deve ser reformulada. Desses encontros participaram estudantes, agentes comunitárias de saúde e auxiliares e técnicos de enfermagem de uma unidade básica de saúde de Sergipe.

Ressalta-se que a EPS prescinde da participação de todos sujeitos da saúde, mas a leitura do resumo não permite afirmar que houve a participação da gestão e da

população nos encontros, o que descaracteriza atividade como EPS. Apesar de terem sido apenas 5 encontros, a iniciativa é válida para suscitar o debate acerca da importância da assistência aos(as) usuários(as) com transtorno mental, mas tal temática é muito ampla e necessita de uma ação permanente que envolva todos os sujeitos da saúde.

Os resultados indicam que cerca de 20% dos participantes não se interessaram em fazer uma avaliação final da atividade, talvez estivessem presentes por uma obrigação legal. Mas, cerca de 80% responderam perceberam a importância de compartilhar experiências, discutir casos, estabelecer estratégias para superação dos limites do trabalho em saúde.

Constata-se que a precarização do trabalho em saúde impossibilita que haja espaços coletivos entre os sujeitos da saúde para discussão. Ainda, demonstra fragmentação do trabalho em saúde, ou seja, o Serviço Social não está articulado a todos os componentes da rede de atenção à saúde.

Essa situação é fruto das raízes históricas da política de saúde, centrada na doença, no saber do médico, fragmentação do trabalho por especialidades, entre outras; ainda, o trabalho em saúde seja interdisciplinar e multiprofissional, ainda, há resistência de alguns profissionais. Tais constatações vão ao encontro das reflexões de Ceccim e Feuerwerker (2004) que demonstram a necessidade de transformar o modelo de atenção à saúde na perspectiva da integralidade, assim como, o envolvimento de todos atores da saúde no processo de educação-serviço.

O trabalho de Silva e Neto (2014) apresenta o assistente social como membro da equipe multiprofissional na busca da integralidade da assistência à saúde do adolescente, ou seja:

Introdução: O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adolescente da UFSJ se propõe a atuar junto ao público adolescente com foco no atendimento integral da saúde, sendo este um dos princípios do SUS. A inserção do assistente social nessa modalidade de ensino mediada pelo trabalho profissional favorece a educação permanente e traz desafios no reconhecimento do trabalho do assistente social como trabalhador do SUS², uma vez que a profissão é norteada pelo Projeto de Reforma Sanitária e pelo Projeto Ético-Político. Objetivo: Compartilhar a experiência do trabalho do assistente social na equipe multiprofissional de saúde, com foco na atenção integral à saúde do adolescente. Método: Trata-se de relato de experiência sobre as atividades desenvolvidas pelas assistentes sociais vinculadas ao Programa de Residência Multiprofissional em Divinópolis-MG. Resultados: O assistente social muito tem contribuído como parte da equipe multiprofissional nas atividades de educação em saúde, atendimento individual, assistência ao pré-natal e aos pais adolescentes intervenção familiar no domicílio, estudos de caso, gestão de casos clínicos e ambulatório multiprofissional. O cotidiano

profissional evidencia que uma das atribuições do assistente social é a compreensão do sujeito em sua integralidade, considerando os aspectos biopsicossociais. Pauta-se, também, na identificação das demandas dos usuários com foco na efetivação da equidade dos direitos sociais permitindo mediar a interconexão entre o exercício profissional e a prática da sociedade. O assistente social, ao participar do trabalho em equipe na área da saúde, dispõe de ângulos particulares de observações na interpretação das condições de saúde do adolescente e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia dos demais trabalhadores que atuam na saúde. Considerações finais: A participação do assistente social na equipe multiprofissional favorece a articulação com a rede intersetorial, possibilitando a compreensão do adolescente inserido na sociedade, não somente no aspecto biológico, provocando avanços na qualidade da assistência a essa parcela da população, aproximando-se, efetivamente, da atenção integral. Para além da teoria, o fazer profissional se dá junto ao desafio cotidiano da quebra de paradigmas ressaltando a importância da prática social na saúde, englobando o ser na sociedade. (SILVA; NETTO, 2017, p.1).

O presente relato é fruto da experiência do trabalho do(a) assistente social no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adolescente da Universidade Federal São João Del Rei (UFSJ), na perspectiva da efetivação da integralidade da saúde. Esse programa consiste numa formação mediada pelo trabalho profissional, colabora para implementação da educação permanente em saúde, impondo desafios para reconhecimento do(a) assistente social como trabalhador(a) da saúde.

Ressalta-se as contribuições do(a) assistente social na equipe multiprofissional em atividades de educação em saúde, atendimento ao(a) usuário(a) e assistência as famílias, estudos de caso, na gestão, entre outras. O(a) assistente social por meio das competências teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política orientado pela teoria social crítica permite a compreensão da realidade social dos(as) usuários(as) de acordo com a determinação histórica, social, econômica e cultural.

O referido resumo menciona a relevância do(a) assistente social na equipe multiprofissional, e afirma que a EPS é uma ação estratégica do programa de residência se estrutura como um serviço teórico-prático e interdisciplinar que implementa ações para efetivação de direitos dos(as) usuários(as) do SUS.

A partir da análise dos trabalhos publicados nos Anais dos eventos, evidencia-se a relevância do(a) assistente social nas equipes de saúde, compreendendo o sujeito em sua totalidade, onde a condição de saúde envolve aspectos econômicos, políticos, social e culturais.

O Serviço Social comprometido com o projeto profissional, que hegemonicamente adota o referencial teórico crítico, segundo Iamamoto (2014), consegue enxergar o(a) usuário(a) para além da doença, pois esta é inerente as

determinações da lógica do capital. Essa mediação realizada pelo(a) assistente social permite fazer uma intervenção qualificada e os devidos encaminhamentos para garantia de direitos.

Os desafios impostos pela conjuntura neoliberal são expressivos, mas é possível que o(a) assistente social encontre na Educação Permanente em Saúde uma possibilidade para o trabalho qualificado, reflexivo, educativo, comprometido com os princípios de diretrizes do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa demonstrou que a produção acadêmico-científica do Serviço Social na Saúde sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), nos eventos da categoria profissional, não está presente de maneira expressiva.

A partir dos Anais dos Eventos CBAS, ENPESS e CONASSS, foram analisados 10 (dez) trabalhos publicados por assistentes sociais sobre a Política de EPS, possibilitando tecer considerações sobre a temática. Os trabalhos produzidos pelo Serviço Social em relação da EPS ocorreram na Estratégia de Saúde da Família (ESF), no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) e Grupo de estudo e pesquisa.

Não foi possível atribuir um motivo específico para a pouca produção acadêmico-científica do Serviço Social sobre a EPS, entretanto, os desafios apontados pelos(as) autores(as) dos Anais e pelo referencial teórico referem-se às determinações da conjuntura neoliberal.

Essas condições objetivas e subjetivas são determinadas pelo capital e impõe contrarreformas, retiradas de direitos, precarização do trabalho, diminuição de investimentos, formação em saúde voltada para mercado, modelo de atenção centrado na doença, falta de participação social, entre outras.

A compreensão e apreensão da EPS começa pela formação, pois deve ficar evidente para os acadêmicos das profissões da saúde, a unicidade entre teoria-prática e a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, como componentes que se complementam e contribuem para uma formação qualificada.

No caso específico da formação em Serviço Social, cada curso possui o seu projeto pedagógico, podendo inserir no conjunto de disciplinas conteúdo da saúde pública, do SUS constitucional, ou seja, o modelo universal de saúde, conforme orienta os Parâmetros do CFESS.

Nesse sentido, é necessário romper com a perspectiva de formação que desvincula a teoria da prática, pois essa interligação não deve ficar adstrita ao âmbito da formação acadêmica, como nos estágios. A integração do ensino e serviço como processo formativo no âmbito do SUS, precisa estar em permanente sintonia com o cotidiano de trabalho em saúde, e suas necessidades locais e regionais.

A superação desses paradigmas é primordial, pois a formação não termina com a graduação ou pós-graduação, ou seja, o processo formativo não se restringe ao

âmbito acadêmico, perpassa e integra o processo de trabalho e o movimento da realidade.

O exercício profissional na saúde, não deve ser visto, apenas, como atividade prática, onde cada especialidade atua de forma isolada, é importante que o trabalho seja coletivo, multiprofissional, interdisciplinar e Intersetorial. Essa articulação é necessária para o atendimento das necessidades sociais e de saúde da população.

As atribuições privativas de cada profissão da saúde não impedem o trabalho em equipe, pois as estratégias de cada profissional, ampliam as possibilidades, as ações e os projetos na saúde.

Portanto, não basta aprender a trabalhar com as diversas profissões da saúde, mas também articular estratégias com outras políticas públicas e sociais que irão se complementar para responder as necessidades da população. Desse modo, não é possível pensar a saúde desvinculada dos fenômenos históricos, econômicos, políticos, sociais, educativos e culturais.

Nesse sentido, o(a) assistente social que hegemonicamente orienta o trabalho no projeto profissional do Serviço Social, em consonância com o Projeto da Reforma Sanitária e do SUS constitucional, posiciona-se em defesa dos direitos da classe trabalhadora. Inclusive, a categoria profissional elaborou coletivamente os Parâmetros para a Atuação de Assistente Sociais na Política de Saúde para ratificar o compromisso do(a) na defesa das necessidades de saúde da população.

Considerando que, a sociedade não é estática e está em constante transformação, os problemas de saúde vão se modificando conforme as imposições da sociedade capitalista. A questão social na saúde se manifesta de diversas formas, de acordo com as condições cada vez mais precárias que a classe trabalhadora ocupa neste modelo de sociedade – explorada e excluída.

O(a) assistente social tem uma formação generalista e competências para fazer a mediação, trabalhar com demandas complexas que envolvem diversas formas de intervenção, para responder às necessidades de cada usuário(a).

A perspectiva crítica do Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social, orientado pelo materialismo sócio-histórico e dialético, possibilita uma leitura da realidade social dos(as) usuários(as), para e além da doença, sobretudo, consegue identificar as determinações que interferem nas condições de vida e de trabalho, reconhecendo a saúde como direito e apontando caminhos para superação dos problemas.

Considerando as transformações da sociedade contemporânea, impulsionadas pela crise de reestruturação do capital financeiro, e os impactos sofridos pela população, especialmente, a flexibilização das relações de trabalho e os desmonte dos direitos e das políticas sociais. O(a) assistente social, enquanto trabalhador(a) assalariado(a) vivencia, do mesmo modo, estes impactos no seu trabalho profissional.

Portanto, a implementação da EPS não é prioridade do Estado brasileiro que está articulado ao projeto neoliberal e defende os interesses do capital, sendo necessário que a gestão, os(as) trabalhadores(as) e os(as) usuários(as) se mobilizem, articulem e estabeleçam parcerias para sua efetivação.

Considera-se que o financiamento é um fator determinante para concretização da Política de Formação em EPS. Os recursos da EPS foram reduzidos a partir de 2011. Em consequência, a pouca produção acadêmico-científica do Serviço Social sobre a EPS, pode ter relação com este aspecto, pois é difícil sistematizar e produzir conhecimento, daquilo que não é implementado na prática.

Tal constatação não é novidade, tendo em vista que o fortalecimento do neoliberalismo vem se intensificando, especialmente, com governos autoritários e conservadores que priorizam as necessidades do mercado e diminui os recursos e investimentos nas políticas de saúde. A exemplo da Emenda Constitucional nº 93 de 2016 que congelou investimento na saúde e educação pelo prazo de 20 (vinte) anos.

A criação do Programa para Fortalecimento das práticas de Educação Permanente em Saúde (PRO-EPS-SUS) renova esperança para expansão da EPS. Esse programa é direcionado às equipes da atenção básica de saúde, para todas as regiões do país. A maioria dos municípios aderiu ao programa, receberão recursos financeiros para executar ações de EPS. A longo prazo, poderemos constatar se estas foram significativas para o SUS.

A Política de EPS como fruto do debate coletivo na saúde, foi bem elaborada e estruturada, entretanto, necessita de fortalecimento para sua efetivação em todas as regiões do país. É uma Política estratégica e transversal que contribui para qualificação dos(as) trabalhadores(as) da saúde e, conseqüentemente, para a qualidade dos serviços do SUS.

Para o aprofundamento das finalidades e objetivos da EPS é necessário integração ensino-serviço, para transformação do modelo de atenção condizente com o SUS constitucional, a partir de espaços coletivos, dialogados, participativos e descentralizados.

As instituições de ensino dos cursos da área da saúde, projetos de extensão e de iniciação científica, os programas de residência, os programas de pós-graduação, os grupos de estudos e pesquisas, os conselhos de direitos, entre outros, são espaços para concretização da EPS, na formação e no trabalho em saúde.

Os resultados, a partir da análise dos trabalhos publicados nos eventos do Serviço Social, mostram que os problemas são expressivos e envolvem formação, financiamento, planejamento, desenvolvimento, avaliação e produção de conhecimento sobre a Política de EPS, ou seja, não há uma sistematização do trabalho realizado, demonstrando não está, efetivamente, inserida no processo de trabalho em saúde.

Nesse sentido, esta pesquisa deixa em aberto possibilidades de novos estudos sobre o que efetivamente está sendo realizado, a formação na perspectiva da EPS ou a sua compreensão como educação continuada e/ou capacitação pontual. Esse ponto é essencial para análise, indica a necessidade de novos debates, estudos e pesquisas sobre o tema.

Considerando que, os serviços de saúde não propiciam espaços adequados para atuação profissional, e que as condições impostas pelo cenário atual de desmonte do SUS e do trabalho em saúde. Isso impacta diretamente o trabalho da(o) assistente social e no distanciamento da categoria profissional da EPS. No tocante a pouca produção acadêmico-científica, pode estar diretamente relacionado a estas condições estruturais e objetivas.

Por outro lado, ainda que as ações de EPS não estejam ocorrendo da maneira pretendida, os profissionais poderiam sistematizar as inquietações e sua importância, produzindo conhecimento como forma de levar para o debate da categoria profissional a necessidade de unir esforços para implementação da EPS.

No entanto, segue a seguinte indagação: se os(as) assistentes sociais não compreendem a finalidade da EPS no SUS, como farão a defesa para sua implementação? Talvez seja necessário reconstruir este processo, sensibilizar a formação, a gestão, os(as) trabalhadores(as) e os(as) usuários(as) dos benefícios da EPS para a efetivação do SUS.

O contexto atual de precarização do processo de trabalho em saúde não é propício para processos educativos e reflexivos, enquanto as necessidades de saúde da população aumentam os atendimentos estão centrados na doença.

O que demonstra a necessidade de assistentes sociais que já desenvolvem e adotam a EPS no cotidiano do trabalho, ampliem a produção acadêmico-científica nesta temática, como forma de estimular a socialização de experiências em congressos, seminários, encontros, cursos e afins. Assim, a categoria profissional pode apreender como a EPS fortalece o SUS.

Dessa maneira, uma das formas de defender a relevância da EPS é através da sistematização de suas dúvidas e angústias por meio da produção de conhecimento. Uma vez que não adianta produzir sobre os programas ou políticas que estão dando certo, do mesmo modo, é necessário que se produza conhecimento sobre aquilo que não está sendo efetivado, como é caso do financiamento do SUS.

Pode-se perceber que após a consolidação do SUS várias ações e programas de saúde foram implementados, tais como: Programa Saúde da Família criado em 1994, posteriormente foi transformada em Estratégia de Saúde da Família de 2004, Programa de Residência Integrada Multiprofissional de 2004, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) em 2008, dentre outros.

Na contramão desse avanço, a Política de EPS instituída em 2004, reformulada em 2007 e teve relevância até 2010, após isso, os investimentos diminuíram e inviabilizaram a efetivação das ações formativas no trabalho em saúde. Assim, pode-se compreender que a diminuição dos recursos financeiros, além de não acompanhar as demandas da população, impacta na produção de conhecimento sobre a EPS.

Ressalta-se que as condições de remuneração do(a) assistente social dificultam a participação em eventos, a categoria não possui um piso salarial regulamentado. Isto posto, com salários baixos como os(as) assistentes sociais irão arcar com pagamento da inscrição nos eventos?

Os eventos mais expressivos do Serviço Social, geralmente ocorrem nas capitais dos estados ou cidades regionais. Nesse sentido, o deslocamento para os eventos envolve o custeio com passagem, hospedagem e alimentação. Muitas vezes o(a) trabalhador(a) terá que pagar os dias que se ausentou do trabalho para participar do evento, através de horas excedentes no trabalho.

Ainda, a participação em evento não é considerada como um espaço de formação, capacitação e/ou qualificação profissional, assim como a produção de conhecimento não é reconhecida como parte do trabalho profissional.

Mas, o fortalecimento do neoliberalismo vem colocando em risco as políticas de saúde, especialmente focadas na prevenção. Tais especulações carecem de estudos mais aprofundados que não é objeto da presente pesquisa.

Destaca-se nesta análise dos eventos da categoria profissional, a importância representada pelo conjunto CFESS, CRESS, a Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO) e da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), para a necessidade do resgate da memória da produção acadêmico-científica do Serviço Social através dos eventos da categoria.

Nesse sentido, os *sites* dos eventos precisam disponibilizar o acesso aos Anais dos Eventos, principalmente, pela digitalização das publicações impressas ou em CD-ROM, considerando a relevância da história da profissão e do debate da categoria profissional, e enviar cópias desse material para que estejam disponíveis nas Instituições de Ensino Superior que tenham o curso de Serviço Social.

Após este longo percurso que envolveu a construção e desenvolvimento desta pesquisa, pode-se afirmar que os objetivos estabelecidos foram atingidos. Quanto aos pressupostos, vimos que o Serviço Social tem compromisso com a universalização do direito à saúde, os 10 (dez) trabalhos analisados implementaram a EPS como estratégia para o trabalho em saúde, isso contribuiu com o fortalecimento do SUS e refletiu na qualidade do atendimento e nos serviços e ações ofertados à população.

Constatou-se que a maioria dos trabalhos não se apropriaram dos Parâmetros do CFESS, sendo este uma importante referência na atualidade para o trabalho do(a) assistente social na área da saúde, deveria estar evidenciado em todos os trabalhos. Ressalta-se que alguns trabalhos usaram os Parâmetros do CFESS como referência teórica, ou mencionaram de forma pontual, mas sem análise e relação com o exercício profissional.

Isso demonstra que o Serviço Social que atua na saúde precisa se apropriar das orientações da categoria profissional, no caso os Parâmetros, por trazer um debate atual relacionado às imposições institucionais, bem como, orientações específicas para a atuação.

Por fim, buscou-se uma análise crítica do tema que envolve o Serviço Social na saúde e sua relação com a EPS, uma vez que a pesquisadora defende que essa política é importante para o fortalecimento do SUS e da saúde como direito. As contradições existentes na sociedade atual, especialmente, o projeto neoliberal que orienta o desmonte da política de saúde, descaracteriza a universalidade da saúde.

Cada vez mais, o interesse do capital na saúde pública foca na média e na alta complexidade, uma vez que os programas da atenção básica não são lucrativos para a economia. Não resta dúvida que o mais interessante é investir na lógica hospitalocêntrica, na medicalização da vida, na privatização da saúde, entretanto, a EPS coloca todos estes problemas em análise e merece a sua defesa.

Nesta concepção ampliada de saúde que reconhece o sujeito em sua totalidade, luta-se para defesa do SUS, ou seja, um modelo de saúde universal, público e gratuito. A história da política de saúde mostra a capacidade de mobilização social e popular para a construção do SUS constitucional, do mesmo modo, da EPS como estratégia indicada para a transformação do modelo de atenção.

Apesar dos esforços do capital para o desmonte da política de saúde pública, os trabalhos produzidos pelo Serviço Social na saúde expressam resistência e sinalizam que o(a) assistente social enquanto trabalhador(a) da saúde defenderá a EPS no SUS, pois é compatível com o projeto profissional.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. **Trabalho e subjetividade**: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Revista Saúde e Soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, p.884-899, 2011.

BERTANI, I. F.; SARRETA, F. O.; LOURENÇO, E. A. S. L. **Aprendendo a construir saúde**: desafios na implantação da política de educação permanente em saúde. Franca: Ed. UNESP/FHDSS, 2008.

BEHERING; E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social fundamentos e história**. 9. ed. Reimp. v. 2. – São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso: 27 jul 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003. **POLÍTICA NACIONAL DE FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PARA O SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. **DISPÕE SOBRE AS CONDIÇÕES PARA A PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE, A ORGANIZAÇÃO E O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS CORRESPONDENTES E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. **DISPÕE SOBRE A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E SOBRE AS TRANSFERÊNCIAS INTERGOVERNAMENTAIS DE RECURSOS FINANCEIROS NA ÁREA DA SAÚDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS**: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 20 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **POLÍTICA DE EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PARA O SUS**: caminhos para a educação

permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.101 de 2004c. **PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL (PRÓ-SAÚDE)**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2101_29_09_2004.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004d. **INSTITUI A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA A FORMAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DE TRABALHADORES PARA O SETOR E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 fev. 2004d.

BRASIL. Lei nº 11.129 de 2005. **INSTITUI O PROGRAMA NACIONAL DE INCLUSÃO DE JOVENS – PROJOVEM**; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. (serie I: História da saúde no Brasil).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007a. **DISPÕE SOBRE AS DIRETRIZES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007b. **DISPÕE SOBRE O PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE - PRÓ-SAÚDE - PARA OS CURSOS DE GRADUAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-3019.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73p. disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 25 mar, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. **DISPÕE SOBRE O PROGRAMA PARA O FORTALECIMENTO DAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - PRO EPS-SUS**. Diário Oficial da União, 2017.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Saúde e Serviço Social no capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

_____; MATOS, M. C. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. *et al.* (Org.) **Saúde e Serviço Social**. 2, ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. 2.ed.Hucitec: São Paulo, 1997.

CBAS. Congresso Brasileiro de Assistente Sociais. **APRESENTAÇÃO 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS (CBAS)**. Brasília. 2019. Disponível em: <http://www.cbass.com.br/portal/conteudo/apresentacao>. Acesso em: 16 jan.2020.

CBAS. Congresso Brasileiro de Assistente Sociais. **APRESENTAÇÃO 15º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS (CBAS)**. Olinda/PE. 2016. Disponível em: https://cbass2016.bonino.com.br/arquivos_artigos/0002-Apresentacao.pdf. Acesso em: 17 jan.2020.

CORREIA, J.A.; FARIAS, A.S. Da imersão a ativação de redes: as engrenagens de Educação Permanente em Saúde do projeto Percursos Formativos na RAPS pelo olhar de Assistentes Sociais intercambistas. **ANAI DO 15º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS (CBAS)**. Olinda/PE. 2016. Disponível em: <https://cbass2016.bonino.com.br/>.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em: 05 set. 2019.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic., Saúde e Educ.**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>. Acesso em: 15 out. 2019.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Resolução nº 383 de 29 de março de 1999. **CARACTERIZA O ASSISTENTE SOCIAL COMO PROFISSIONAL DA SAÚDE**. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: CFESS, 2010. (p.17-23). Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualcao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Política de Educação Permanente do conjunto CFESS-CRESS**. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/BROCHURACFESS_POL-EDUCACAO-PERMANENTE.pdf.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **DEM AÍ O XII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL**. 2010a. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/476>. Acesso em: 06, jan. 2020.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **INSCRIÇÕES PARA O XIII ENPESS JÁ COMEÇARAM**. 2012a. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/784>.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **ENPESS PRORROGA PRAZO PARA ENVIO DE TRABALHOS ATÉ 15 DE JULHO**. 2014. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1103>.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **CFESS DEBATE O SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE**. 2014a. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1072>.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **8º CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE (CONASSS)** 2017. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/eventos-historico?page=1>.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218 de 5 de maio de 1997. **REGULAMENTAÇÃO DAS PROFISSÕES DE SAÚDE**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html.

COHN, A. **Caminhos da reforma sanitária**. n, 19. Lua Nova: São Paulo, 1989.

COGGIOLA, O. **Da revolução industrial e movimento operário: as origens do mundo contemporâneo**. 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/287205625>. Acesso em: 04 abr. 2019.

CONASSS. Congresso Nacional de Serviço Social na Saúde. **ANAI DO 7º CONGRESSO NACIONAL DO SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE (CONASSS)**. São José dos Campos: 2014. Disponível em: <https://conasss.com.br/anteriores/vii-conasss-e-x-simpsss-sao-jose-dos-campos-2014>.

CONASSS. Congresso Nacional de Serviço Social na Saúde. **ANAI DO 8º CONGRESSO NACIONAL DO SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE (CONASSS)**. Campinas: 2017. *On line*. Disponível em:

CORDEIRO, H. A. O conceito de necessidades de saúde e as políticas sanitárias. AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G.B. (Org.). **SAÚDE, TRABALHO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 138p.

CUNHA, J.M. Processo de regionalização da EPS estado de Mato Grosso. **ANAI DO 13º ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL (ENPESS)**. JUIZ DE FORA/MG: 2012. 1 CD-ROM.

DIAS, H. S' A.; LIMA, L. D., TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(6):1613-1624, 2013.

DUARTE, R. A. P. **O conceito de natureza n'ó capital**. 1985. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerias, Belo Horizonte,1985.

ENGELS, F. **Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem**. Edição: Ridendo Castigat Mores (1999). Fonte digital RocketEdition de 1999. Disponível em: <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/macaco.pdf>

ENPESS. Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. **ANAI DO 12º ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL (ENPESS)**. Rio de Janeiro/RJ: 2010. 1 CD-ROM.

ENPESS. Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. **ANAI DO 14º ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL (ENPESS)**. Natal/RN: 2014. 1 CD-ROM.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, 208p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2020.

FARAH, B. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções?. **Revista APS**, v.6, n.2, p.123-125, jul./dez. 2003. Disponível em: <https://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Tribuna.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

FERLA. G.B.; ANDRADE. R. B. A transição do feudalismo para o capitalismo. **Synergismus Scyentifica UTFPR**, Pato Branco, n, 2, jan./dez. 2007. Disponível em: <http://revistas.utfpr.edu.br/pb/index.php/SysScy/article/view/240/24>. Acesso em 14 set. 2019.

FURTER, P. O planejador e a educação permanente. **Cadernos de Pesquisa [ONLINE]**, 1978, n. 27, p. 73-100. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/1731/1715>. Acesso em: 18 abr. 2020.

GRANEMANN, S. O Processo de produção e reprodução social: trabalho e sociabilidade. *In*: ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CEAD/Unb. Brasília, 2009.

HAMRAOUI, E. Trabalho vivo, subjetividade e cooperação: aspectos filosóficos e institucionais. **Cad. Psicol. Soc. Trab.** São Paulo, v. 17, n. spe. 1, p. 43-54, 2014.

Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/80631>. Acesso em: 13 ago. 2019.

IAMAMOTO, M.V. **renovação e conservadorismo no serviço social: ensaios críticos**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. CARVALHO, R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**. 41. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

LESSA, S.; TONET, I. **Introdução à filosofia de Marx**. 2. Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011. 128 p.

LIMA, M. F. Trabalho e constituição do ser social. *In*: LIMA, M. F. **Trabalho, reprodução social e educação em Lukács**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Educação) - Centro de Educação, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2009.

LIMA, E.D. Produção do Conhecimento sobre Educação Permanente em Saúde nos eventos do Serviço Social. **ANAIS DO 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS (CBAS)**. Brasília: 2019. *On line*. v. 16 n. 1. ISSN 2675-1054. Disponível em: <http://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/issue/view/1>.

MARTINELLI, M. L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011.

MARX, K. O processo de trabalho e o processo de valorização. *In*: MARX, K. **O CAPITAL: Crítica da Economia Política**. 5 ed, v.2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

MOREIRA, M. A. **O que é afinal aprendizagem significativa?**. Aula Inaugural do Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências Naturais, Instituto de Física, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, MT, 23 de abril de 2010. *Curriculum*, La Laguna, Espanha, 2012.

MOTA, A. E. Seguridade Social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. *In*: MOTA, A. E. *et al.* (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2012.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 17. Ed. São Paulo: Cortez, 2015.

NOGUEIRA, D. O. **Determinação social da saúde e Serviço Social: contribuições para o debate**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Social. Franca, 2017.

OLIVEIRA, J.N.G., *et al.* Educação Permanente em Saúde como Ação de Enfrentamento à Sífilis Adquirida do Município de Porto Alegre (RS). **ANAIS DO 16º**

CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS (CBAS). Brasília: 2019. On line. v. 16 n. 1. ISSN 2675-1054. Disponível em: <http://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/issue/view/1>.

PAIM, J. S. A criação e a implementação do SUS. In: PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p. 43 - 101.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuições para a compreensão e crítica. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PEDRERO-SÁNCHEZ, M. G. **História da idade média**: textos e testemunhas. São Paulo: Editora UNESP, 2000, 347 p.

PEGORARO, A. P. A. Parte II – Neoliberalismo, mercado e saúde. In: PEGORARO, A. P. **Estado e mercado**: desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS). Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Econômico) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2015.

RAICHELIS, R. Democratizar a gestão das políticas sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: A. E. MOTA (Org.) **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

RAVAGNANI, C. L. C. **A saúde na formação profissional em Serviço Social**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista. Franca: UNESP, 2010.

SANTOS, F.M.; FERREIRA, J.W.; BERWLG, S.E. A residência integrada em saúde e análise dos processos formativos. **ANAIS DO 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS (CBAS)**. Brasília: 2019. On line. v. 16 n. 1. ISSN 2675-1054. Disponível em: <http://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/issue/view/1>.

SANTOS, M.F.D. A Educação Permanente: o recurso para o assistente social quebrar estigma e ampliar o acesso a um público secularmente excluído. **ANAIS DO 8º CONGRESSO NACIONAL DO SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE (CONASSS)**. Campinas: 2017. On line. Disponível em: https://conasss.com.br/upload/files/ANAIS_CONASSS_2017.pdf.

SARRETA, F. O.; BERTANI, I.F. **Perspectivas da Educação Permanente em Saúde**. 2010. Disponível em: seer.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/download/2765/2501. Acesso em: 8 abr. 2019.

_____. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: http://www.cairu.br/porta/arquivos/biblioteca/EBOOKS/SS/Ed_permanente_em_sau_de_trab_SUS.pdf.

_____. Política de Educação Permanente em Saúde região de Franca/SP. **ANAIS DO 13º ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL (ENPESS)**. JUIZ DE FORA/MG: 2012. 1 CD-ROM.

SARRETA, F.O. *et al.* Serviço Social e as rodas de conversa no SUS: problematizando a formação e o trabalho na perspectiva da educação permanente em saúde **ANAIS DO 15º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS (CBAS)**. Olinda/PE. 2016. Disponível em: <https://cbas2016.bonino.com.br/>.

SILVA, D. C.; KRUGER, T. R. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde: o significado no exercício profissional. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 18, n. 35, jan./jun. 2018. Disponível em: <file:///D:/Downloads/19578-Texto%20do%20artigo-59300-1-10-20180710.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2020.

SILVA, G. A., RIBERIO, F.N.L. Saúde mental e educação permanente: o apoio matricial enquanto instrumento para a materialização da intersetorialidade. **ANAIS DO 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS (CBAS)**. Brasília: 2019. *On line*. v. 16 n. 1. ISSN 2675-1054. Disponível em: <http://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/issue/view/1>.

SILVA, L.V.; SILVA, L.F.; NETTO, L. O assistente social como membro da equipe multiprofissional na busca da integralidade da assistência à saúde do adolescente. **ANAIS DO 8º CONGRESSO NACIONAL DO SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE (CONASSS)**. Campinas: 2017. *On line*. Disponível em: https://conasss.com.br/upload/files/ANAIS_CONASSS_2017.pdf.

TEIXEIRA, J. T.; BRAZ, M. O projeto ético político do Serviço Social. *In*: ABEPSSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CEAD/Unb. Brasília, 2009

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

VELOSO, F. A.; VILLELA, A.; GIAMBIAGI, F. Determinantes do "milagre" econômico brasileiro (1968-1973): uma análise empírica. **Rev. Bras. Econ.** Rio de Janeiro, vol.62 n. 2, abr./jun. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71402008000200006. Acesso em: 20 fev. 2020.