



---

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS  
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO  
CURSO SERVIÇO SOCIAL**

**Talisson Lima de Sousa**

**Serviço Social e Saúde: demandas postas para o Serviço Social no âmbito hospitalar**

**Talisson Lima de Sousa**

**Serviço Social e Saúde: demandas postas para o Serviço Social no âmbito hospitalar**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito final para conclusão do curso de Bacharel em Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Sousa (CCJS).  
Orientadora: Pr<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leidiane Souza de Oliveira

S237s

Sousa, Talisson Lima de.

Serviço social e saúde: demandas postas para o serviço social no âmbito hospitalar / Talisson Lima de Sousa. – Sousa, 2024.  
73 f.

Monografia (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, 2024.

"Orientação: Profa. Dra. Leidiane Souza de Oliveira".

Referências.

1. Serviço Social. 2. Política de Saúde. 3. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Oliveira, Leidiane Souza de. II. Título.

CDU 364(043)

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA SEVERINA  
SUELI DA SILVA OLIVEIRA CRB-15/225**

Aprovado em:

## BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente  
 LEIDIANE SOUZA DE OLIVEIRA  
Data: 14/05/2024 19:52:16-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Prf<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Leidiane Souza de Oliveira – UFCG  
Orientadora

Documento assinado digitalmente  
 NILMA ANGELICA DOS SANTOS  
Data: 13/05/2024 20:52:44-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Prf<sup>ª</sup>. Ms<sup>ª</sup>. Nilma Angélica dos Santos - UFCG  
Examinadora Interna

Documento assinado digitalmente  
 FERNANDA VALENTIM DANTAS  
Data: 14/05/2024 13:02:24-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Esp. e Residente Fernanda Valentim Dantas – ESP-PB  
Examinadora Externa

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pelo dom da vida, agradeço por ter me permitido passar por todas as formas de obstáculos e dificuldades para chegar aqui em meio à realização desse Trabalho de Conclusão de Curso. Agradeço de mais a todos/as a pessoas que rodeiam a minha vida nessa caminhada acadêmica, desde o começo no ano de 2020, até hoje, mas não só até o meio acadêmico, mas antes também.

Deste já, quero agradecer a minha Mãe, Aline Eliza de Lima, a qual quero dedicar um espaço, só para essa mulher incrível. Assim, minha mãe, que lutou muito para garantir uma vida digna para toda nossa família, sendo um sonho dela eu estar aqui defendendo esses 4 anos de Universidade. Em meio ao terceiro período de Serviço Social, ao maior pico de casos em meio a pandemia, ela se foi, a qual deixou um grande buraco em nossos corações e família. Mais, agradeço de mais a essa guerreira, minha rainha, que estar olhando por nós, te agradeço de mais Mainha.

Também dedico espaço à minha avó Alzenir Eliza de Jesus, a qual moro com ela desde que nasci, que sempre lutou para me garantir segurança e lutar para conseguir tudo que desejo. Desde o dia em que entrei nesse curso, que vi os olhos delas cheios de lágrimas de felicidade, em ver seu neto numa universidade. Isso me motiva até o fim dessa etapa em minha vida, agradeço por acordar as 4 da manhã todos os dias, por preparar lanche, para eu pegar o ônibus no ponto, agradeço ao chegar morrendo de sono e cansaço pelo almoço quentinho que nunca faltou, pela roupa cheirosa, pela preocupação em vigiar minha saída todos os dias para a faculdade, só agradecer, obrigado.

Também dedico agradecimentos ao meu pai, Francisco Celenildo, o qual sempre me ajudou em meio aos desafios que a faculdade oferecia, morando fora e indo e vindo todos os dias. Obrigado por todo apoio, encorajamento e toda a confiança em mim, na minha luta. Relevo agradecimentos a meu irmão Thauan Lima e todos os meus vizinhos e familiares próximos, como a Roberta Paixão e Silva Cavalcante.

Quero dedicar também agradecimentos, as minhas colegas de curso, a qual sempre estavam lá dividíamos as dificuldades, pelas demandas da faculdade, com o próprio estágio e o TCC (Trabalho de Conclusão de Curso), agradeço por todos os risos as 7 horas da manhã, pela época em online que passamos por muitas dificuldades, mais a ajuda nunca foi algo a ser negado em meio a turma Pandêmica 2020.1. Nome dado a nossa turma, graças ao chegar da pandemia, após uma semana de aula. Obrigado a

todos os professores e professoras do curso de Serviço Social, que passaram por nós em meio a esses 4 anos de curso, tanto ao online, com a volta ao presencial.

Devo agradecimentos as minhas amigas e colegas de curso a qual, demos início nessa vida universitária juntos. Logo, posso citar minha amiga Fernanda Layse, a qual dividimos muitos desafios deste do início, uma pessoa muito importante que vivenciou momentos complicados em meio a pandemia e no modo de estudos EAD. Sempre me motivando e ajudando um ao outro nos projetos a exemplos de extensão e pesquisa, me ajudando também em grande parte da minha vida pessoal e profissional. Obrigado também a minha amiga Dayanne Fernandes, a qual passamos por grande lutas, em meio ao retorno do presencial, minha parceira de ônibus, que pegávamos todos os dias as 5 da manhã. Agradeço a essa minha amiga, uma mulher de muita fé e muito parceira, obrigado por sempre está comigo em meio as lutas do estágio supervisionado ao ambiente do complexo hospitalar, dividindo todas as dificuldades que surgiam nesse âmbito. Agradeço também as minhas colegas Xayane, Graça e todas amigas que formavam a turma Pandêmica 2020.1.

Agradeço a minhas orientadoras, Conceição a qual começamos em meio ao 7 período e Leidiane Souza, que passamos por essa etapa final juntos, mesmo com todos os desafios, conseguíamos. Agradeço por toda compreensão, por todo auxílio e ajuda em meio as dificuldades e desafios em meio a essa etapa final do curso.

Por fim agradeço novamente a Deus por todo o que conquistei até aqui, agradeço por tudo o que vira a frente, pois sei que o Nosso Deus Pai e Nosso Senhor estarão conosco hoje e sempre, juntamente com Nossa Senhora e o Espírito Santo. Por isso quero destacar esse versículo ao fim desse trabalho, para sempre lembrarmos que Deus sempre estar ao nosso lado. “Tudo posso naquele que me fortalece.” Filipenses 4:13.

## RESUMO

O intuito deste trabalho de conclusão de curso é analisar e refletir de forma crítica acerca da atuação e trabalho do/a Assistente Social, na esfera da Política Nacional de Saúde, diante de uma configuração de caráter neoliberal, a qual desse modo irá intervir e dificultar a saúde em meio a nossa sociedade. Dessa forma, foi de grande importância relatar a construção e desafios do Sistema Único de Saúde (SUS), que nesse estudo irá abordar tanto os desafios da política de saúde tanto antes quanto depois desse Sistema. Desde a perspectiva do Brasil colônia, até meados do início do governo Lula, relevando assim nessa linha do tempo, a construção da saúde como política social e direito de todos. Iremos destacar também as dificuldades do SUS em meio aos dois projetos que competem, que são a Reforma Sanitária e o Projeto Privatista, que vão ser de grande influência para o SUS. Essa discussão, sendo de forma crítica também se revela fundamental para reconhecer as dificuldades de inserção das/os assistentes sociais na área da saúde, especialmente diante dos desafios atuais que esses profissionais enfrentam nesse campo dinâmico. Diante desse contexto, é indispensável citar as competências e atribuições das/os Assistentes Sociais na política de saúde. Na metodologia desse trabalho consiste em pesquisa bibliográfica, a partir de livros, artigos científicos e legislações, as quais deram um norte ao escrito. Desse modo, o primeiro capítulo, foi de extrema importância a autora BRAVO (2006) e (2013), foram de grande importância também MIOTO E NOGUEIRA (2015). Logo, em meio ao segundo capítulo, destaca-se SILVA (2017), como também GUEDES (2016), CFESS (2010), MARTINELLI (2011). Já ao terceiro e último capítulo foram utilizados os demais já citados. Para a ideia desse trabalho, partimos da experiência do estágio supervisionado na esfera da saúde, em âmbito hospitalar, num Hospital Regional no sertão da Paraíba, que ocorreu no ano de 2023, exatamente, essa discussão crítica se torna essencial para compreender as dificuldades enfrentadas pelas/os assistentes sociais ao se inserirem na área da saúde, especialmente diante dos desafios em constante evolução nesse campo dinâmico. Nesse sentido, é imprescindível destacar as competências e atribuições específicas dos/as assistentes sociais na política de saúde. Essas competências incluem não apenas a capacidade de avaliar e intervir nas questões sociais que afetam a saúde das pessoas, mas também a habilidade de promover a participação social, de elaborar e implementar políticas públicas inclusivas e de atuar de forma ética e comprometida com os princípios da justiça social e da equidade. Ao reconhecermos e valorizarmos essas competências, podemos fortalecer a atuação desses profissionais e potencializar seu papel na promoção de uma saúde mais justa e acessível para todos.

**Palavras-chaves:** Serviço Social; SUS e Política de Saúde.

## ABSTRATER

The purpose of this course conclusion work is to analyze and reflect critically on the role and work of the Social Assistant, in the sphere of the National Health Policy, in the face of a neoliberal configuration, which will thus intervene and hinder health in our society. Thus, it was of great importance to report the construction and challenges of the Unified Health System (SUS), which in this study will address both the challenges of health policy both before and after this System. From the perspective of colonial Brazil, until the beginning of the Lula government, thus highlighting in this timeline, the construction of health as a social policy and a right for all. We will also highlight the difficulties of the SUS in the midst of the two competing projects, which are the Health Reform and the Privatist Project, which will be of great influence for the SUS. This discussion, being critical, also proves to be fundamental to recognize the difficulties of insertion of social workers in the health area, especially given the current challenges that these professionals face in this dynamic field. Given this context, it is essential to mention the competencies and responsibilities of Social Workers in health policy. The methodology of this work consists of bibliographical research, based on books, scientific articles and legislation, which gave guidance to the writing. Thus, the first chapter was extremely important to the author BRAVO (2006) and (2013), MIOTO AND NOGUEIRA (2015) were also of great importance. Therefore, in the middle of the second chapter, SILVA (2017) stands out, as well as GUEDES (2016), CFESS (2010), MARTINELLI (2011). In the third and final chapter, the others already mentioned were used. For the idea of this work, we started from the experience of the supervised internship in the health sphere, in a hospital environment, in a Regional Hospital in the backlands of Paraíba, which took place in the year 2023, exactly, this critical discussion becomes essential to understand the difficulties faced by /social workers when entering the health sector, especially given the constantly evolving challenges in this dynamic field. In this sense, it is essential to highlight the specific competencies and responsibilities of social workers in health policy. These competencies include not only the ability to evaluate and intervene in social issues that affect people's health, but also the ability to promote social participation, to develop and implement inclusive public policies and to act in an ethical manner and committed to the principles of social justice and equity. By recognizing and valuing these skills, we can strengthen the performance of these professionals and enhance their role in promoting fairer and more accessible healthcare for all.

Keywords: Social Work; SUS; Health and Social Work Policy

## **LISTA DE SIGLAS**

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social.

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social.

CF - Constituição Federal.

SUS - Sistema Único de Saúde.

CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensões

PSF - Programa de Saúde da Família

LOS – Lei Orgânica Da Saúde

ENESSO - Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social

ONG – Unidades Não Governamentais

CNS – Conferência Nacional de Saúde

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisar em Serviço Social

USB – Unidade básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

PCB – Partido Comunista Brasileiro

SESP- Serviço Especifico de Saúde Pública

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>09</b>
<b>2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: direito universal .....</b>	<b>13</b>
2.1. A Política Nacional de Saúde: traços históricos .....	14
2.2 Estado da arte da Saúde desde as primeiras ações de política social às medidas tomadas na Ditadura Militar .....	20
2.3. Relevância Social do Sistema Único de Saúde – SUS .....	26
<b>3. SERVIÇO SOCIAL: dimensão ética e inserção profissional na saúde .....</b>	<b>33</b>
3.1. Dimensão Ética da profissão de Serviço Social .....	34
3.2. Particularidades do Exercício Profissional no âmbito da Saúde .....	40
<b>4. DEMANDAS E OS DESAFIOS POSTOS AOS/ÀS ASSISTENTES SOCIAIS INSERIDOS NO ESPAÇO OCUPACIONAL HOSPITALAR .....</b>	<b>47</b>
4.1 O espaço hospitalar como campo de inserção profissional do/a Assistente Social .....	48
4.2 Demandas e desafios postos ao Serviço Social em hospitais .....	57
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>69</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>72</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Em primeiro ponto, o presente trabalho de conclusão de curso, com o nome “Serviço Social e Saúde, demandas postas para o Serviço Social no âmbito da saúde”, apresenta uma discussão acerca da Política Nacional de saúde em nosso país, desde seu surgimento aos dias atuais, juntamente com uma perspectiva do surgimento do Serviço Social, com a construção do seu projeto profissional e códigos de ética profissionais que decorrem do processo histórico de constituição da profissão desde a influência conservadora até a profissão de forma regulamentação. Dessa maneira, entender a atuação do/a Assistente Social, especificamente no âmbito hospitalar.

Além disso, as vivências enquanto usuário da política através de uma simples ida a uma Unidade Básica de saúde (USB), ou enquanto usuário da política de saneamento básico influenciaram na escolha dessa temática. A política de saúde, vai além do hospital ou uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento), é a promoção de vacinação, o próprio saneamento básico a qual funciona bem, é algo de grande importância que no dia-a-dia, faz-se de extrema relevância para nossa saúde.

Podemos destacar também, que mais um objetivo deste trabalho consiste em refletir sobre o papel da/o Assistente Social na Política de Saúde do Brasil, marcada por uma conjuntura de ofensiva neoliberal. Nesse contexto, será abordada a perspectiva do projeto privatista e sanitário, entre outros aspectos relevantes, buscando contextualizar a contemporaneidade e destacar os desafios enfrentados pela política de saúde. A análise proposta visa oferecer uma compreensão mais aprofundada das dinâmicas em jogo, bem como das possibilidades e limitações para a atuação profissional na defesa do direito à saúde e na promoção do bem-estar social em um cenário marcado por pressões políticas e econômicas.

A metodologia adotada para a elaboração deste trabalho é a pesquisa bibliográfica, a qual se apoia em uma ampla revisão de literatura, englobando estudos de livros, artigos, textos e o documento "Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde". Este último representa um importante referencial para compreender o exercício profissional da/o Assistente Social no contexto prático da Política de Saúde, sendo de grande importância para todos os profissionais que atuam diretamente em meio a promoção do direito a saúde do usuário. Leva-se destaque o método materialista histórico dialético, que irá orientar o decorrer desse trabalho. Como suporte teórico,

serão utilizadas contribuições de autoras/es renomados como Bravo (2006), como também de MARTINELLI (2011), destacando também IAMAMOTO (2009), VASCONCELOS (2006), SILVA (2017), NOGUEIRA E MIOTO (2015) e outros, aliadas ao embasamento normativo da profissão, destacando-se a Lei 8662/93, que regula a atuação do Assistente Social. Essa abordagem metodológica busca fornecer uma base sólida para a análise e discussão propostas neste estudo, visando a oferecer uma compreensão ampla e embasada sobre o tema em questão.

Seguindo esse pensamento, a ideia que justifica a escolha de estudar esse tema e desenvolver a atuação em meio à política de saúde foi a partir do estágio curricular supervisionado, que foi desenvolvido num Hospital Regional, em meio ao sertão da Paraíba, no ano de 2023. Mesmo sendo um hospital de pequeno porte, em comparação com outros, apresenta uma gama de demandas em meio à cidade que possui um acesso à saúde básica. Assim, ao passar pelo estágio, a qual teve duração de, 6 meses, observamos e vivenciarmos as necessidades daquela esfera hospitalar em meio ao sertão que estamos vivendo, trazendo também a relevância em meio ao setor de Serviço Social, a qual realizamos essas experiências, vivendo assim a ideia de construção profissional que essa forma de vivência nos trouxe, tanto para nossa construção como futuros assistentes sociais e tanto para construção como pessoa.

Dessa maneira, a oportunidade de observar as dinâmicas, particularidades e as reais contribuições dos profissionais da área da saúde foi o que me motivou a embarcar nesta pesquisa. Decidi me envolver nesse estudo com o propósito de evidenciar as atribuições desses profissionais dentro do contexto da saúde, e também para refletir sobre os desafios e as possibilidades que enfrentam em sua prática profissional num hospital regional. A discussão sobre esse tema se apresenta relevante, pois pode oferecer inúmeros valores para a reflexão sobre a inserção profissional em um campo tão diversificado, complexo e dinâmico, que merece dessa forma uma melhor visão e compreensão de sua estrutura e necessidade, falando de forma direta, a um hospital situado no sertão paraibano, que enfrenta desafios diariamente para ter a garantia de direitos aos usuários. Esta pesquisa visa contribuir para a discussão acadêmica e para o aprimoramento da atuação dos profissionais da saúde, fornecendo conhecimentos que serão úteis para os futuros profissionais que adentrarem nesse espaço.

Ademais, todo o nosso sistema de saúde, em nosso país, está ciente de que é resultante de muitas lutas, manifestações, discursos, da sociedade, da classe trabalhadora. Como também, é de suma importância relatar e mostrar como a saúde pública se cresceu e se constituiu no Brasil, até o surgimento do Sistema Único de

Saúde (SUS). Assim, entendermos um pouco do caminho da saúde até hoje, seus desafios, sua história, que foram carregados e enfrentados pelo povo brasileiro, na vida do cidadão brasileiro, desde a sua criação.

Contudo, podemos dessa maneira, entender e analisar de forma crítica, o trabalho do/a assistente social, a qual possuem suas próprias dificuldades e necessidades dentro do contexto da saúde pública, é crucial nos questionarmos sobre o tema e buscarmos compreender sua importância para o campo da saúde pública.

Assim, o setor de Serviço Social, tem um propósito fundamental e de extrema importância, em meio a forma de elaboração, execução de políticas sociais, assim, o profissional a qual atua de forma direta com o usuário e sua construção familiar e também a organização e motivação a sociedade. Trazendo assim um melhor desenvolvimento social, atuando diretamente na concretização e garantia de direitos sociais.

Buscamos analisar, nesse trabalho, a atuação do assistente social, focando em uma unidade hospitalar, viabilizar direitos e políticas sociais para os pacientes e acompanhantes e usuários em geral. O assistente social vai atuar como canal entre paciente e instituição, atuando para considerar auxílio e viabilizar os direitos dos usuários que chegam, necessitando de um atendimento rápido e necessário, de qualidade. O profissional, na política de saúde, irá defender a qualidade e a garantia de um serviço de qualidade.

Assim, podemos analisar o grande leque de atividades que são atribuições do serviço social em um hospital regional. Contudo, onde esse profissional é atribuído a ações que não são de sua competência. Onde, não é reconhecido pelo Estado e por ter uma visão da sociedade como uma profissão assistencialista e formada apenas para atuar em uma perspectiva de caridade. Portanto, com esse estudo pretendo mostrar a necessidade do assistente social em meio a uma agitada rotina de trabalho na esfera da política de saúde, com uma rotina de trabalho em urgência e sobre pressão, em uma unidade hospitalar. Então, tentar romper todo esse aspecto de profissional “bonzinho”, e demonstra todo o caráter ético político. Com o intuito de analisar de forma crítica, refletir as funções que são atribuição do profissional.

Podemos destacar que essa produção foi articulada em três capítulos, onde cada capítulo possui dois subtópicos, tirando o primeiro, que serão três, onde iram organizar melhor as ideias e pensamentos tanto do que vus escreve, com outros autores que serão citados no decorrer do texto. Sendo assim, o primeiro capítulo irá dessa maneira,

construir uma perspectiva com os principais acontecimentos em meio a saúde deste do Brasil Colônia, intercalando em meio aos governos que seguem até meados dos anos 2000, relatando todos os avanços da saúde até a mesma se torna um direito, observando também como cada governo receber e avança ou não em saúde pública. Esse capítulo tem destaque, também, na relação em Sistema Único de Saúde SUS, destacando sua construção e desafios para o mesmo, com forma de Reforma Sanitária, a qual teve influência em meio ao SUS.

O segundo capítulo irá tratar da dimensão ética profissional, a qual iram analisar o surgimento do Serviço Social, em meio à influência da igreja católica, passando diante dos códigos de ética do Serviço Social, mostrando a evolução como profissão diante de cada um deles. Ademais, iremos analisar e estudar a inserção do assistente social, com profissão regulamentada, trazendo seu início em meio à atuação na saúde e na garantia da seguridade social de cada cidadão.

Por fim, o terceiro capítulo tem como base o entender do trabalho do Serviço Social, em meio à unidade hospitalar, e dessa maneira entender os desafios como profissão. Assim, iremos estudar esses desafios e atribuições e competências que são expostas ao profissional tanto em meio ao hospital como em outras formas de atuação em outras esferas da saúde, podemos destacar a ideia de subordinação colocadas sobre o profissional e demandas que surgem em meio a unidade hospitalar. Ainda nesse capítulo, surgiram observações em relação à teoria e à prática e relatos em meio ao estágio supervisionado no hospital regional.

Assim, esse trabalho conduz aos leitores a reflexões sobre o papel das/dos assistentes sociais na saúde pública, o que naturalmente nos leva a debater sobre a efetiva implementação do SUS, as habilidades profissionais necessárias e as ações relevantes para o trabalho nessa área específica. Além disso, abordamos os diversos obstáculos decorrentes das políticas de saúde, das limitações do processo de mediação profissional e das características intrínsecas de um hospital de emergência, bem como suas interações, fica evidente que os desafios profissionais enfrentados são numerosos e complexos.

## 2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: DIREITO UNIVERSAL

Por início, na sociedade capitalista em que vivemos, cujo objetivo é gerar mais e mais renda a cada dia e hora, dessa forma condicionamos a necessidade de manter a classe trabalhadora em meios que possa, assim, manter o ciclo do capitalismo. Dessa forma, sendo o intuito de gerar lucro. Assim, há um grande interesse do Estado em manter esse ciclo e, dessa forma, a classe trabalhadora tem que se manter bem.

Agindo assim, o interesse do Estado em manter e intervir com a saúde da classe trabalhadora, dessa forma, a necessidade de garantir que a classe trabalhadora se mantenha saudável, continuando gerando renda. Como há uns tempos, onde os trabalhadores não tinham acesso a atendimentos, médicos e tratamentos, pois era de maneira inacessível, por relação de preços, pois sempre havia a questão de divisões de classes e esses tratamentos ficavam normalmente para as grandes classes da sociedade, (BRAVO, 2013). Outro ponto importante era a grande insalubridade das condições em que os trabalhadores viviam, sendo expostos a ambientes de trabalho perigosos e sem um cuidado específico para a sua área e sua própria segurança.

Desse modelo, com um sistema de saúde de baixa qualidade, onde os trabalhadores acabavam assim vivendo sob grandes riscos, afetando sua saúde, em meio à década de 1920. A falta de segurança em seus trabalhos, a classe trabalhadora, desenvolvia assim grandes doenças e dificuldades de saúde, dificultando seu trabalho, pois não tinham nem uma forma de fiscalização e viviam a se expor aos riscos que seu campo de trabalho os expõe. Sendo assim, os trabalhadores não têm acesso a um tipo de cuidado de qualidade, a exemplo de vacinas, consciência sobre atos de prevenção sobre doenças, etc. Com destaque também, onde Bravo (2013), para as CAPs, como a primeira forma e início da perspectiva de previdência social, como também um primeiro modelo de saúde, mesmo sendo numa forma privada.

Uma época difícil, pois, com uma saúde pública de baixa qualidade, direitos sociais defasados, sem seguro de vida, mesmo em relação a casos de saúde pessoal, as empresas infelizmente não tinham um mínimo de apoio. Outro ponto importante, era o exército de reserva que se formava as portas da frente das empresas, assim, a partir do momento que um trabalhador continuava a exercer sua função, mesmo estando doente, tendo um aumento e se prejudicando cada vez sua saúde, até o momento de não aguentar mais. Quando o mesmo não aguentava mais, por doenças, ele era substituído imediatamente, deixando a mercê. Com um mínimo cuidado próprio em

relação à saúde do trabalhador, de sua família, causando assim uma questão social, ao meio social em que aquele cidadão está inserido.

## **2.1. A Política Nacional de Saúde: traços históricos**

Ao falar sobre saúde pública, no período colonial, o nosso país viveu uma época de precarização, pois, foi um período em que várias, doenças transmissíveis arrasaram o país, na qual as doenças vinham pelos colonizadores, de Portugal, pessoas escravizadas e vários imigrantes estrangeiros, o comércio também traziam vários imigrantes e comerciantes de vários lugares do mundo. Bravo diz que:

A situação da saúde, em meados do século XIX, apresentava-se péssima, com mortalidade elevada e presença de diversas doenças, destacando-se a hepatite, lepra, boubá, febre-amarela e escorbuto. Só em 1859 foi possível conhecer a mortalidade do Rio de Janeiro, pois os dados anteriores eram esparsos. A mortalidade por tuberculose, febre-amarela, malária e varíola era extremamente elevada na segunda metade do século XIX. As condições de saneamento eram lastimáveis, pois embora o abastecimento de água existisse na capital desde o século XVII, não havia sistema de esgoto (BRAVO, 2013, p.113).

A essa época, descrita pela autora, não existia uma política social, não havia um direito social sobre isso, em meio a tanto caos, de diversas epidemias, o Estado via algumas ações em meio a tudo, para haver a diminuição das doenças e problemas de saúde da sociedade. Ademais, o Estado tinha foco somente no lucro, isso afetava de forma direta a produção, a economia nacional e o comércio internacional, ou seja, perda de lucro.

Com o crescimento da classe trabalhadora, a atenção sobre ela crescia cada vez mais, o tema saúde pública, ressalta como questão social passou a ser cada vez mais uma demanda importante da classe operária. Por outro lado, não havia nessa época, a política de saúde, era realizado algumas formas e medidas para a realização de diminuir os danos na sociedade, danos esses sendo problemas de saúde pública. As condições de saúde pública, afetavam diretamente a classe trabalhadora, gerando assim cada vez menos renda, afetando toda a produção e economia, atingindo também o comércio internacional. Após, todo o avanço da classe trabalhadora, toda a visibilidade que a classe trabalhadora conquista, a saúde, vira assim uma questão social, pois a dificuldade que a classe trabalhadora enfrenta com a falta de cuidados médicos, afetando assim a mão de obra e o lucro.

A autora Bravo (2013) relata que no período de 1910 a 1920, quando há sinais de que a Guerra Mundial explode no mundo, repercutindo no nosso país, teve assim um aspecto de mudanças. A autora relata que houve inúmeros crescimentos econômicos na década de 1910, mas salientando também o peso que trouxe, acompanhando assim de uma deterioração das condições de vida de toda a população. Surgindo assim, a redução de empregos, elevação dos preços básicos para a sobrevivência. Acarretando assim, no aumento da taxa de mortalidade, com casos de doenças e epidemias, a exemplo de tuberculose, ademais, a mortalidade infantil também, elevando assim a pobreza ao extremo e deteriorando a vida da sociedade.

Tendo destaque o movimento dos trabalhadores, a luta da classe trabalhadora por melhores condições de trabalho teve um pequeno declínio, seguido de dificuldades, pelos anos de 1912, devido às demandas de deportação de estrangeiros no país. BRAVO relata que:

[...]entretanto, em 1917 há um afluxo do movimento operário, ocorrendo diversas greves e o surgimento das Ligas Operárias em São Paulo, em decorrência da insatisfação popular face ao agravamento das condições de vida. As ligas eram organizadas por bairro e contavam com a participação de grande parte da população. Os princípios das ligas eram os ideais dos trabalhadores anarquistas e apresentam as mesmas reivindicações que eram bandeiras de luta do movimento operário brasileiro (Bravo, 2013, p.119).

Um destaque, também para o movimento tenentista, ocorrido nos anos de 1920, que se manteve firme e ativo. Um movimento que vivia de revoltas e desse modo teve assim, importância para, como BRAVO (2013) relata, para a desestabilizar a política oligárquica, assim, um governo de extrema governança, controlador, formado por um pequeno grupo.

No chamado Movimento Tenentista, que irrompe no meio militar em 1918, percorre toda a década de 1920 (em especial com o marcante episódio da Coluna Prestes-Miguel Costa) e incide nos desdobramentos da ação da Aliança Liberal, expressa-se o ideário reformista de amplos segmentos pequeno-burgueses urbanos. O papel do tenentismo na desagregação da República oligárquica é hoje indiscutível - ainda que se polemize sobre a evolução ulterior de muitos dos seus quadros. Parece estabelecido que a agitação tenentista, porém, constitui um contraditório processo que acabou por contribuir para a configuração peculiar da revolução burguesa no Brasil (BRAVO,2013. p.120).

No Brasil, em meados da década de 20, nosso país foi assim forçado a acabar com o aspecto liberalismo. Pois, o movimento operário e as lutas das classes trabalhadoras, foram um marco, na política nacional. Assim, questionava o não

intervencionismo, surgindo desse modo, em e vários congressos a questão social. O sindicalismo revolucionário, pressionava grandemente o poder do Estado, sobre o questionamento.

A "questão social", considerada como "caso de polícia" e tratada no interior dos aparelhos repressivos do Estado, ganha nova dimensão e passa a receber um cuidado diverso. Os governantes e as elites percebem que a mera repressão se torna insuficiente para enfrentar os problemas colocados pelas classes trabalhadoras. Tornava-se necessário responder às demandas "aceitáveis" da movimentação operária, as que não ameaçassem à dominação da oligarquia. Há nesta posição uma divergência com a burguesia industrial nascente, que questionava a intervenção estatal (BRAVO, 2013, p.121).

Ao passar dos anos, a luta dos trabalhadores crescia cada vez mais, mostrando assim a relevância e necessidade de um sistema a qual a saúde seja relavada e assim, suprir a problemática social que era a saúde públicas em tempos atrás. Os desafios que a classe trabalhadora vivenciava-se manifestavam em riscos que corriam diariamente, antes, do tão famoso Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso limitado aos atendimentos de saúde, sendo de forma restrita, para as populações que possuíam renda baixas. Outro problema, era que os serviços de saúde estavam focados nas áreas urbanas, sendo assim, as regiões rurais, não tinham acesso nem a qualquer tratamento ou cuidados médicos. Isso afetava especialmente os trabalhadores rurais e suas famílias.

Ademais, Mioto, Nogueira (2015), relatam sobre a ideia de universalidade, de forma que antes da constituição de 1988, a saúde era algo restritivo a parti de sua categoria profissional, mostrando assim, a divisão, se não fosse o trabalhador de primeira classe, tinha que ficar na pendência e esperar a raridade de um atendimento:

[...] histórica que classificava os brasileiros em cidadãos de primeira e segunda classe. Os de primeira classe eram os que integravam o mercado de trabalho, tendo acesso à medicina previdenciária. Os de segunda classe tinham suas necessidades de saúde atendidas unicamente através de um precário sistema constituído pelas Santas Casas de Misericórdia, pela boa vontade da classe médica e pelos raros serviços mantidos pelo Ministério e Secretarias Estaduais de Saúde (MIOTO, NOGUEIRA, 2015, p.5).

Dessa maneira, ficam sempre à mercê de caridade e da qual os poucos acolhimentos e tratamentos e atendimentos de saúde, eram de extrema baixa qualidade e dessa forma, um tratamento de qualidade extremamente duvidoso. Sendo assim, com instalações de extrema precarização, falta de equipamentos, de pessoal para o trabalho,

levando assim a diagnósticos errados, tratamentos ineficazes, muitas das vezes até negligência médica.

Portanto, como discute Bravo (2013), a assistência médica era posta de formas de caridade, a autora relata que a metrópole cria as Santas Casas de Misericórdia, que aconteceu por meio de tratos, comandadas pela religião. Essas casas atendiam de forma assistencialista a quem precisava e não tinha condições de emprego ou quando eram de classes sociais mais baixas como afirma a autora acima, eram totalmente sem fins lucrativos.

Podemos destacar também a desigualdade social e de saúde, pois antes do SUS, esta desigualdade social era refletida numa enorme desigualdade na saúde também. Pois, a classe trabalhadora que eram formados por uma população de renda baixa, vivia a enfrentar uma vida com condições precárias, podemos destacar moradias perigosas, falta de cuidados com saneamento básico, a falta de acesso a uma boa alimentação ou até a alimentos saudáveis, de forma que prejudicava, sim, a saúde da família do trabalhador.

A análise da situação de saúde no período tem que contemplar as determinações urbanas e rurais e o papel atribuído ao Estado. Outro aspecto importante a ser salientado era o baixo patamar do conhecimento científico e tecnológico relativo ao diagnóstico, prevenção e terapia das doenças apresentadas. É neste contexto que se podem entender as proto formas de políticas públicas de higiene e saúde, das primeiras décadas do século XX (BRAVO, 2013, p.118).

Podemos destacar a falta de prevenção contra doenças e relatamos também a falta de promoção, conhecimento sobre saúde, sendo assim limitados antes do Sistema Único de Saúde. A falta de conhecimento, ciência sobre o que podiam ou não recorrer, ficando à famosa “boca a boca”, sem uma boa educação sobre saúde, sem um tipo de campanha, sobre algum tipo de vacina ou sobre alguma doença de autocuidado. Resultado dessa falta de promoção era o aumento de uma maior incidência de doenças, que podiam ser facilmente evitáveis, sendo um sistema frágil, voltado a tratar e a não prevenir.

Um dos problemas cruciais para o atendimento à saúde era o saneamento dos portos e núcleos urbanos, a fim de criar condições mínimas para as relações comerciais com o exterior e para a política de imigração, que pretendia atrair mão de obra para a constituição do mercado de trabalho (BRAVO, 2013, p.118).

Antes do SUS, em resumo, a classe trabalhadora enfrentava dificuldades, ao se falar sobre saúde, sendo uma das principais, fala do acesso ilimitado aos serviços a ela. Podemos assim, discutir, sobre a falta de cobertura, a falta de atendimento de qualidade, o aumento da desigualdade social, a falta de saúde e de prevenção e promoção de saúde, atendimento de qualidade.

A autora Bravo (2006) relata que, nos anos de 1923, as questões ditas, com relevância, as questões sobre higiene e a saúde dos trabalhadores, foram levantadas. Criando assim Caixas de Aposentadorias e Pensões, devido à lei Elói Chaves. Mas houve uma reforma também, com o nome de Reforma Carlos Chagas, por meio da qual se tentou ampliar o acesso à saúde, sendo de extrema importância, por parte do poder central. Bravo diz também:

Neste período, também foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves. As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração (BRAVO, 2006, p.3).

Com pequenos avanços, como dito por Bravo acima, mesmo assim, focadas exclusivamente para a alta sociedade, para grandes empresas, novamente deixando a classe trabalhadora à mercê do assistencialismo e da caridade dos demais. Sendo assim, a maioria dos trabalhadores foi combativa politicamente, lutando assim pelas Caixas, seguidos de ferroviários, marítimos, etc, ao longo dos anos.

Ademais, as empresas de desenvolvimento optaram para assim, aderiram que o próprio financiamento, na qual tinha o foco em contribuições dos empregadores, na qual era de responsabilidade da empresa uma organização certa, para dessa forma ter o direito a assistência médica, auxílio funeral, medicamentos e outros benefícios. Os trabalhadores eram excluídos, ficando a mexer apenas de caridades e a medicina popular.

Cada vez mais, o assunto saúde surge e ganha poder, como uma expressão da questão social, vinda das lutas do movimento operário, ganhando cada vez mais relevo. A Reforma de Carlos Chagas teve poder e auxílio para esse avanço.

A Reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União

de ampliação do poder nacional, no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes a partir de 1922 (BRAVO, 2013, p.122).

A autora descreve que a reforma de Carlos Chagas previu um avanço que foi a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, trazendo assim benefícios, pois, sendo de atribuições federais. Dessa forma, esse avanço traz benefícios como, saneamento rural, saneamento urbano, propagandas sanitárias para a sociedade, programas de higiene infantil, sendo eles industrial e profissional, tendo também, atividade a qual tinha o intuito de supervisionar, fazendo assim uma fiscalização, nos postos no Distrito Federal, verificando se as ações estão sendo realizadas e procurando proporcional o combate das epidemias nos setores das zonas rurais.

Já assim, na época de 1930, a sociedade brasileira, havia passado por transformações, tais como o processo de industrialização, a reorganização do poder e dever do Estado, o início de poucas políticas sociais, muito defasadas e avanços para a classe dos trabalhadores, graças as suas reivindicações e lutas.

A conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais, em geral, e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação (BRAVO, 2006, p.3,4).

Para enfrentar estes desafios, são essenciais políticas que promovam melhores condições de trabalho, salários justos, igualdade de acesso aos cuidados de saúde e programas de educação e sensibilização em saúde ocupacional. Além disso, é importante promover o empoderamento dos trabalhadores para poderem lutar pelos seus direitos e exigir condições de trabalho seguras e saudáveis.

Nesse sentido, o atual sistema de saúde brasileiro é resultado de um processo de luta coletiva. Portanto, é muito importante relatar como se formou a saúde pública no Brasil até a introdução do Sistema Único de Saúde (SUS) e compreender a trajetória histórica e os desafios enfrentados pelos brasileiros na compreensão da importância da saúde integrada.

Já na década de 1930, Bravo (2013) escreve que a revolução de 1930 teve um marco, sendo o rompimento do meio político e, dessa forma, a estrutura do poder da

Primeira República. Com isso, transformando o Estado, deixando-o mais autônomo, com maior poder de decisão, em meio às frações das classes possuidoras. Dessa forma, essa nova reformulação do Estado só se deu na ditadura do Estado Novo, realmente no início de 1930.

Neste período, instaura-se o processo de industrialização, sendo o capital industrial motor da acumulação. Esta foi limitada, restrita, em virtude da fragilidade da burguesia industrial. As bases da acumulação industrial eram "restritas", porque não se implantou um setor industrial produtor de meios de produção (máquinas, equipamentos, insumos básicos) que desse maior concretude ao progresso tecnológico (BRAVO, 2013. P. 127).

Conforma Bravo (2013) discute que, a conjuntura de 1930, marcada por suas características econômicas e políticas distintas, abriu espaço para o surgimento de políticas sociais de alcance nacional, visando abordar de maneira abrangente e sistêmica as questões sociais emergentes. Tanto as preocupações sociais gerais quanto as específicas relacionadas à saúde, que já estavam em evidência desde a década de 1920, demandavam abordagens mais refinadas e abrangentes.

## **2.2 Estado da arte da Saúde desde as primeiras ações de política social às medidas tomadas na Ditadura Militar**

A década de 1930, a conjuntura desses anos, com todos os avanços, com características econômicas, com políticas, trouxe desse modo o aparecer de políticas sociais no nosso país. A autora Bravo, (2013), relata que o surgimento das políticas sociais em meio a essa época surge para atenuar e responder à questão social, sendo assim, no geral e no âmbito da saúde pública. Pois, que surgiam deste de 1920, em meio às demandas da classe trabalhadora, tendo assim que ser enfrentadas de forma mais sofisticada.

Em meio aos avanços como a criação de políticas sociais que surgem nesse período, podemos destacar como marco também a Legislação trabalhista, trazendo assim alguns direitos sociais básicos, como a exemplo:

[...] básicos de classe trabalhadora (lei de férias, proteção a menores, jornada de trabalho, repouso remunerado, trabalho feminino), contemplando ainda o sistema previdenciário baseado nos Institutos e o sindicalismo atrelado ao Estado. Foi a maneira de controlar política e economicamente as classes trabalhadoras, respondendo de alguma forma a seus movimentos, assegurando a lucratividade do setor industrial e sua capacidade de acumulação, permitindo níveis mínimos de reprodução da força de trabalho e mantendo sob controle a participação política dos trabalhadores (BRAVO, 2013. P. 127,128).

Com o surgimento do Estado novo, o qual se se consolidou 1937, com isso na década de 1930, Bravo (2013), diz que é possível identificar, no bojo das políticas sociais, a tantos avanços, como na política de saúde, que vai surgir em todo o país e dessa forma, ela se divide assim em saúde pública e o de medicina previdenciária. Sendo assim, o subsetor de saúde percorre até os anos de 1960, desse modo, tem foco na criação e na implementação de condições sanitárias básicas, para a população, tanto a zona urbana, quando as zonas rurais, garantindo e levando suporte na prevenção de doenças.

Ademais, o Departamento Nacional e o Ministério da Educação e Saúde representaram um significativo avanço para a política de saúde nos anos 30. Sendo assim, eram dois departamentos: o da educação e saúde, como já dito acima, posteriormente chamado de Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, graças a muitas lutas, negociações, greves de acordo com (BRAVO, 2013).

Desse modo, podemos descartar a medicina previdenciária, que vai surgir na década de 1930, trazendo, desse modo, o evoluir da Caps, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Assim, estendeu-se diante de novas categorias de profissionais assalariados do meio da zona urbana. Ademais, tinham como antecipar os seus benefícios e assim não continuar e proceder a algo mais amplo.

[...] medicina previdenciária, diferentemente da saúde pública, agregava forças políticas consideráveis. Lá estavam presentes os interesses dos sindicatos, de partidos políticos, de empresários e de toda uma máquina burocrática constituída para gerir o grande volume de recursos da Previdência (Ponte, Reis, Fonseca, 2010.p, 120).

De acordo com Bravo (2013), as primeiras IAPs, Institutos de Aposentadorias e Pensões, foram criados a exemplo de marítimos no ano de 1933, bancários em 1934, industriários 1936, Servidores do Estado em 1938, empregadores de Transportes e Cargas no ano de 1938 e Comerciários 1940. Dessa forma, sendo organizados por categoria de modo profissional, levando assim, uma igualdade em todo o país.

Ao continuar, de acordo com Ponte, Reis, Fonseca, (2010), posteriormente, com o avanço tecnológico, a qual a medicina incrementa e experimenta no pós-guerra, trazendo assim o avanço e a meio eficácia, ao trazer um melhor diagnóstico e nos métodos de cura ao usuário. Os autores relatam também, com esse aumento da eficácia, de modo que, a esse crescimento, eleva-se também o aumento de custos do

aparato para o manter e crescer da medicina como profissional. Com toda essa repercussão, os grupos empresariais do meio da saúde vão deixando o consultório básico e dando lugar ao meio hospitalar, crescendo, que, por sua vez, aumentando e elevando a categoria.

Paralelamente, a celebração de convênios entre a Previdência e a iniciativa privada conferiu forte impulso ao setor médico empresarial, ao mesmo tempo em que se verificou uma drástica redução dos investimentos estatais na rede pública, tornada, cada vez mais, ineficiente e distante dos serviços relacionados à assistência médica individualizada (Ponte, Reis, Fonseca, 2010.p, 120).

A autora Bravo também relata sobre esse início e modo de privatização e meio de saúde, surgindo de modo a qual o melhor atendimento e a procura de melhor forma de atendimento ao usuário.

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização (BRAVO, 2006, p. 5,6).

Ademais a autora relata também que, em meio a tanta pressão, toda a assistência médica previdenciária até os anos de 1964, era assim composta apenas por serviços básicos dos institutos, que por sua vez, o meio de compra dos serviços médicos, de modo a terceiros, irá surgir assim, de forma minoritária de modo, pouco expressivas.

Logo após o movimento dos operários ressurgiu, com várias lutas e reivindicações, em meio a várias manifestações da classe, atacando assim a classe dos empresários. A qual de acordo com Bravo (2013), dessa forma, a tanta pressão, com o número enorme de manifestações, isso tudo por volta a 1946, trazendo assim um aumento na democracia, levando a sua mudança, destacando também o crescimento do PCB.

Conseqüentemente, em meio a 1945 a 46, o movimento dos operários tem avanços pela sua garra e por importância também do Partido Comunista do Brasil (PCB), que teve relevância e auxilia e implica no movimento dos operários, dando cada vez mais poder ao mesmo.

O número de greves foi intenso em 1946, organizadas por comissões nos locais de trabalho. O PCB teve uma influência marcante sobre as classes trabalhadoras e o movimento operário, atingindo o maior crescimento de sua história. Para consolidar o espaço de liberdade e a

esperança de uma ampla democracia, o sonho do pós-guerra, foram criados pelo PCB os "comitês populares" por bairro ou unidade de vizinhança, que tinham por objetivos a luta pela resolução dos problemas locais e estimular o convívio social (BRAVO, 2013, p, 137,138).

Durante o período democrático, de acordo com a autora, que perdurou até o início do governo Dutra, os entraves ao avanço do PCB eram limitados. Contudo, a dinâmica internacional começou a sofrer alterações gradativas ao longo de 1946 e 1947, exercendo influência significativa na conjuntura brasileira. Como autora relata, o PCB, traz apoio e dessa forma, o movimento cresce cada vez mais. Ademais, saindo dos anos de 1946 a 1947, o movimento dos operários e o PCB, sofrem diversas pressões e vão se atingindo ao meio a qual, se diminuem meio a tanta mudança.

Além disso, a isso tudo, cresce o capitalismo monopolista, o Estado surge e começa a intervir em meio a uma acumulação de capital. Sendo assim, Bravo (2013), discute que, em meio a toda essas revoluções, surge o governo de Dutra, o qual trouxe a burguesia industrial, mas a burguesia de nosso país, não conseguia manter sua supremacia, logo em 1950, Getúlio Vargas, tem sua vitória e ressurgem o populismo no Brasil.

Bravo (2013), a saúde, a qual luta deste dos anos de 1930, se consolida em meio a essa época, sendo criado também o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com o intuito de combater a malária e a febre-amarela, a qual eram um perigo em meio aquela época. Dessa forma, o SESP, que surgem meio a Segunda Guerra Mundial, a qual, em colaboração com agências do governo dos Estados Unidos e com o apoio da Fundação Rockefeller, foi estabelecido um programa para combater principalmente a malária e a febre-amarela.

Isso ocorreu devido às necessidades urgentes durante a Segunda Guerra Mundial, quando a produção de borracha na Amazônia e de manganês no Vale do Rio Doce tornaram-se prioridades. No final dos anos 1940, o Plano Saúde de 1948 incluiu a saúde como uma de suas principais metas. O plano previa investimentos para os anos de 1949 a 1953 em áreas como saúde, alimentação, transporte e energia, mas infelizmente não foi colocado em prática.

Dessa forma, conforme a autora Bravo (2006), em meados das décadas de 1940-50, o Conselho Nacional de Saúde, um esforço da classe trabalhadora, após tempos de reivindicação, mantém seu vigor, com um marco para a política de saúde do nosso país, que por sua vez desse modo traz, a colocação de todo o âmbito de assistências a saúde, por via da medicina gratuita. Logo, trazendo a todo o país um sistema de saúde com um

pouco mais de qualidade. A autora também cita, sobre o Ministério da Saúde, que foi criado e moderado na década de 50.

Bravo (2006), diz que o Ministério da Saúde, tem um enorme papel na política de saúde nacional, tendo assim o papel de responsabilidade em meio à organização, forma de planejamento, orientar e colocar em prática em meio nacional. Sendo assim, com esse maior aumento sobre a política de saúde, foram passando para a sociedade um melhor controle sobre vários tipos de doenças e conscientização sanitária, trazendo também a responsabilidade do surgimento e crescimento da política de previdência. Outro ponto importante foi a melhoria, no meio de saneamento básico, a qual, podem ser evitadas várias doenças, trazendo também uma melhor fiscalização.

Podemos destacar como relevante o ato em que o Estado, entre os anos de 1945 a 1950, ganha assim traços e aspectos do Estado do Bem-Estar-Social, o qual tinha o intuito de investir em políticas públicas e direitos sociais, aumentando assim os gastos no meio social. Trazendo também o crescimento dos trabalhadores, graças a industrialização, elevando a gama de trabalhadores.

O enfrentamento da questão social pelo Estado fez-se através da extensão da educação, ampliação da previdência social, combate às doenças endêmicas e melhora da habitação popular. As medidas tomadas com relação às políticas sociais foram, entretanto, setoriais (BRAVO, 2013, p.140).

Após avanços, sendo um deles em 1951, a Política Nacional de Saúde se firma depois de muitas lutas e reivindicações. Logo, trazia um melhor controle na prevenção de doenças, um melhor entendimento de saneamento básico, organização de meio a qual, levem os usuários a assistência à saúde.

Levando destaque que Bravo (2006) relata um ponto importante, em meio a ditadura, a medicalização da vida social foi de importância para a previdência social e a saúde pública, que por sua vez, teve assim que receber um caráter capitalista e dessa forma, teve um declínio.

Outro ponto importante é o governo de Juscelino Kubitscheck, que tinha como principal ponto valorizar a política econômica, desvalorizando e prejudicando a política social, desvando assim o Estado de Bem-estar-social. Tendo destaque também na criação da Lei Orgânica da Previdência Social. Logo, trouxe como peso, tendo as forças armadas, sendo um marco de seu governo.

O movimento sindical, no governo JK, serviu como instrumento eficaz de pressão e a sua maneira mais eficiente de intervenção foi a greve nos

setores tradicionais, pois os sindicatos nos setores modernos eram extremamente frágeis (BRAVO, 2013, p.141).

Importante salientar, o governo de João Goulart em meio a 1961, ressurgiu em época de início de ditadura durante o período de 1964, seu foco tinha o desenvolvimentismo, como também a exportação em larga escala, trouxe consigo a diminuição de diversos meios a qual, combater e estudar os problemas de perda de renda e lucro. A ausência de respaldo político parlamentar levou Jango, em 1963, a buscar diretamente o apoio das classes trabalhadoras por meio de uma série de comícios, como parte de seu programa de libertação nacional.

Dessa forma, após as Ações políticas, econômicas, em meio a 1964, as classes sociais em meio a tantos conflitos, surgindo assim o golpe militar, a ditadura militar. Logo, significando dessa forma, um desenvolvimento econômico-social, reformando a um novo país, com maior desenvolvimento político, assim, tendo em vista os agravamentos de problemas de formas estruturais.

Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal para aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2006, p.6).

Assim, um dos marcos, como o acúmulo de capital, o foco no aumento de renda, ressurgiu e aumenta cada vez mais, a questão social. Reflexos da classe de trabalhadores, a qual, se expressou de forma forte, em meio a um período de desenvolvimento industrial, crescendo também a cobrança com a classe trabalhadora. A autora relata que, o Estado ressurgiu com o meio de repressão-assistência, a qual seria a política de assistência, que os trabalhadores lutaram tanto, trazendo assim, um meio de manter e controlar a gama de trabalhadores e sociedade, usando-a com uma forma de controle, e manter o meio social e dessa forma, eliminar e amenizar as manifestações, com o intuito também de mecanizar e acumular capital.

Podemos destacar também um ponto importante que foi a unificação da Previdência Social, a qual sendo sempre um foco, por ser uma política de contribuição, sendo de importância sempre para o Estado. Em 1966, os Institutos de Aposentadorias e Pensões, que eram divididos por categoria profissional e dessa forma, surgem com características específicas, como crescer o papel do Estado em forma de intervir. Bravo relata:

A unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs em 1966, se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores (BRAVO, 2006, p.6).

A saúde tem um declínio em 1966, pois após a medicalização, em meio de saúde pública e na recente política de previdência, qual essa medicalização ia ser como uma forma de controle social, sendo uma forma de menosprezar dos fatos e meio a qual a sociedade passa, ver a questão social e as expressões da questão social causadas pelo meio capitalista e fazer “vista grossa” sobre essas medidas. Com tudo, o capitalismo se impôs sobre a saúde e, dessa forma, a política de saúde era obrigada a se caracterizar com aspectos do capitalismo em meio a privatização que tinham nesse período de ditadura militar. Ademais, Bravo (2006) relata o crescimento da medicina previdenciária, que vai surgindo novamente logo após a reestruturação do setor.

Além disso, entre 1974 e 1979, a política social, após demanda em meio a industrialização, vai criar poder e efervescência, em meio a solucionar e atenuar assim a questão social, que surgia sobre tantas dificuldades que esse meio capitalista trazia.

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que, embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde (BRAVO, 2006, p.8).

Importante salientar, sobre a política nacional de saúde, a qual teve um percurso, em meio a diversos desafios desde da década de 1930, sofrendo dificuldade como formas de privatização, aplicações de serviços, em meio a dificuldade de forma financeiras e assim sua ação ficava cada vez mais difícil de atuar. Assim, um dos avanços, como o Ministério de Saúde, volta com mais ênfase, com objetivos, como ditos por Bravo (2006), medidas e melhores formas de atuação para a saúde pública.

### **2.3. Relevância Social do Sistema Único de Saúde – SUS.**

De início, a década de 1980, com a qual a sociedade brasileira se deparava, saiu de um longo processo de redemocratização em meio político, sendo todo o processo de ditadura militar, vindo desde os anos de 1964. Sendo assim, o país passou e passa por uma longa crise econômica, causada pela ditadura e fraca em meio às políticas sociais e direitos sociais. Em meados de 1980, a influência da ditadura militar permeava, com aspectos de privatizações e fragilidade ao bem-estar da sociedade.

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contra-propostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2006, p.9).

Dessa forma, houveram avanços, como dito pela autora, a política de saúde deixa de ser vista como algo sujeito e passa a ser associada ao meio de democracia para a sociedade. Assim, Bravo (2006), em meio a tantos debates, propostas as quais foram feitas de forma importante, um ponto a se destacar foi a universalização do acesso ao âmbito de saúde pública, levando a sociedade e a classe trabalhadora, o meio ao qual possam recorrer, quando necessário. Relevante, em meio de tornar a saúde com um direito social a todos, trazendo dessa forma maior responsabilidade em respeito ao Estado, destacando também, uma reestruturação, em meio ao setor de saúde, relatando assim, ideia e meio do chamado Sistema Único de Saúde, trazendo uma melhor organização.

Logo, essa nova organização deve por sua vez, se obter a saúde em meio coletivo, acerca dos usuários e os Conselhos de Saúde, trazem por meio de uma maior descentralização do processo de organização de financiamento, as esferas de estado e município, a saúde e o acesso da política.

Podemos relatar de importância, em meio a questão social que era a saúde pública, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual aconteceu no período de março, nos anos de 1986, em Brasília. Um marco para a Saúde no Brasil, sendo pautado

de acordo com Bravo (2006), a Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema nacional de Saúde, III Financiamento Setorial, sendo pontos de extrema importância.

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade toda, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2006, p.9).

Em meio a tantos avanços, juntamente com o meio social, elevando um marco para a história brasileira, trazendo assim, o surgimento do Sistema Único de Saúde, e como ponto importante, a Reforma Sanitária. Ademais, Bravo (2006), descreve, que o processo constituinte em meio a promulgação da Constituição de 1988. Logo, representou assim, no plano jurídico de nosso país, a forma de promessa de garantia de vários direitos sociais para a sociedade brasileira, na qual uma crise forte assolava, para dessa forma salientar o enorme índice e o não crescer da desigualdade social.

Dessa forma, Bravo (2009) discute que a política de saúde, antes de 1988, continha inúmeras manifestações e revoltas, na qual tinham o intuito de criar e desenvolver a ideia e projeto de Reforma Sanitária, assim, em meio a essas dificuldades, a falta de acesso levava os usuários a recorrer a meios privados. A princípio, a Reforma Sanitária, tinha com principal intuito, a ideia de criar um sistema de saúde pública e universal a todos, sendo sem requisitos para usufruir, sendo sustentado pelo Estado e por recursos públicos, contato de forma ativa a participação do meio social, na gestão e controle da política.

[...] Ocorreu a unificação de comando, representada pela transferência ao Ministério da Saúde de toda a responsabilidade pela saúde no plano federal. Da mesma forma, nos estados e municípios, a responsabilidade ficara a cargo das respectivas secretarias estaduais e municipais de saúde. Sob outro aspecto, o princípio da universalidade, inscrito no artigo 196 da Constituição, representou a inclusão de todos no amparo prestado pelo SUS. Qualquer pessoa passa a ter o direito de ser atendida nas unidades públicas de saúde (BRASIL, 2000, p. 6).

Vale salientar, enfatizar que um dos principais ganhos e vitória, em meio a década de 80, foi a constituição de 1988. Como já dito uma forma de reconhecer a saúde como

um direito social de todo cidadão, tornando a responsabilidade do Estado, trazendo assim a criação do Sistema Único de Saúde, juntamente com a Reforma Sanitária, trazendo enorme avanço. Além disso, a regulamentação da Seguridade Social, sendo a política de saúde uma de suas integrantes.

Em primeiro ponto, depois de tanta luta as lutas populares alcançam vitória importante, com a constituição de 1988, trazendo assim enormes avanços em direitos sociais, a saúde é considerada um direito para todos, de forma que alcance todo o país. Sendo assim, a saúde podemos dizer que foi onde mais obteve sucesso, falando assim de poder para os direitos sociais, a saúde um dos mais importantes, isso tudo graças a Constituição Federal:

Com perfil bastante programático em diversos aspectos, a nova carta constitucional propôs um novo ordenamento ao setor saúde, propiciando um desenho particular em aspectos ético-políticos fundamentais. Universalizou-se o direito à saúde, apontando para a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação (MIOTO, NOGUEIRA, 2015, p.4).

Assim, a política de saúde é importante para nosso país, o Sistema Único de Saúde (SUS) salva-vidas dia após dia, o avanço depois de muitas lutas da população, teve extremo sucesso assim na política de saúde, de modo o fortalecimento como direitos sociais, com vigor, a Reforma Sanitária:

[...] reforma sanitária, construído a partir de meados dos anos 1970, com base nas lutas populares e sindicais pelo direito à saúde e nos posicionamentos críticos às limitações do modelo médico assistencial previdenciário, até então vigente no Brasil. Para o mesmo, a saúde possui um caráter universal, configurando-se como direito social de responsabilidade do Estado (BRAVO, PELAEZ, 2020, p. 193,194).

A partir que entendemos todo o plano dos SUS, como avanço graças a Reforma Sanitária, seu intuito era a garantia de direitos, o assim Estado democrático, responsável assim por direitos e políticas sociais, sendo a saúde uma política pública. O CFESS também relata que essa democratização:

[...] do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações (CFESS, 2010, p.19).

Importante salientar que o Sistema Único de Saúde (SUS), é de forma assim uma conquista de extrema importância para a sociedade de nosso país, com inúmeras necessidades que mostram e justificam a necessidade de sua criação e existência. Sendo de importância, a evolução e aprimoramento diariamente, ao expor das questões sociais que surgem dia a dia em meio a nossa sociedade e no modo de produção de renda a qual vivemos.

De acordo com essa nova concepção de saúde, compreende-se que "os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país." Ou seja, há o acertado reconhecimento de que os indicadores de saúde da população devem ser tomados para medir o nível de desenvolvimento do país e o de bem-estar da população (BRASIL, 2000, p. 5).

Desse modo, como já foi discutido, o meio de acessar a saúde épocas atrás era de extrema desigualdade, deixando de fora classes sociais mais baixas, classes de trabalhadores, assim, tendo com prioridade aqueles que possuíam condições de acessar de forma eficiente os serviços privados. Diferentemente do SUS, a qual, tem seu ponto principal o acesso universal a toda a sociedade, não levando em conta sua condição socioeconômica, atendendo assim, pessoas desempregadas, crianças, aposentados, idosos, pessoas com deficiência, elevando assim, dessa forma um acesso igual para cada cidadão a que quem dele necessita, com serviços aberto e um leque de acessos diferenciados e de qualidade. Ademais, o Sistema Único de Saúde tem como base a universalidade, sendo, de forma geral, um direito a todos e responsabilizando o Estado, a salientar, entender, intervir e manter seu dever sobre essa política social de extrema importância.

A priori, a integralidade que o SUS tem, o mesmo oferece assim, um leque de diversos meio de serviços ligados a saúde, a qual eleva, tratamentos de doenças físicas e mentais, forma e cuidados de prevenções de doenças contagiosas ou epidêmicas, casos de tratamentos de reabilitação e fisioterapêuticos. Logo, podemos relatar também formas de exames de mais diversos, vacinações em larga escala, uma gama de médicos e especialistas, procedimentos como cirurgias, avaliações, diversidades de medicamentos e a abertura a promover a saúde de tratamentos com medicamentos dados de forma gratuita. Elevando, dessa forma, uma melhor qualidade de vida e melhor tratamento dos cuidados médicos de cada usuário, elevando um contínuo ao logo da vida de cada cidadão. Levando destaque, a lei de n 8080/1990, como também, graças a constituição de 1988, o SUS pode oferecer todas essas formas de tratamentos já citados.

É bem verdade que o SUS, como não poderia deixar de ser, está em constante processo de aperfeiçoamento. Por um lado, a promoção da saúde, a população nunca deixará de sofrer transformações, pois, como as sociedades são dinâmicas, a cada dia surgem novas tecnologias que devem ser incorporadas para a melhoria dos serviços e das ações de saúde. Da mesma forma, é constante o surgimento de novos agravos à saúde que carecem de novas profilaxias e de novos cuidados. Sob outro aspecto, não obstante todo o caminho já percorrido até aqui, o SUS continua em estruturação (BRASIL, 2000, p. 7).

Outro ponto importante, Bravo (2006) traz, o sistema de saúde, irá assim, promover e contar com a participação de todo o meio social, com a comunidade, contribui na gestão e na forma de controle da política saúde, podemos relatar os Conselhos de Saúde, em meio a todas as esferas da sociedade em que vivemos. Trazendo dessa forma, uma melhor transparência e sinceridade, sendo assim, que a sociedade possa entender e garantir sua participação, tendo assim, poder de falar, atentando também na prestação de contas, entendendo também onde a política pode se evoluir e focar, como forma de orientação.

[...] através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2006, p.9).

Mesmo que o SUS passe por vários desafios no dia a dia, em meio ao financiamento, o mesmo tem como principal meio, por ser uma alternativa mais acessível e econômica, sendo assim, uma forma com uma boa eficiência. Podemos destacar também que o SUS, desempenha um papel de extrema importância, a qual, de forma crucial em meio aos enfrentamentos em casos de emergências, casos graves de saúde pública, dando exemplos em casos de epidemias, sua construção tem uma mobilização em meio a recursos, de tomadas de atitudes, para conter o avanço de doenças de pequeno porte, com o intuito de priorizar a vida e o bem-estar da sociedade.

A priori, o Sistema Único de Saúde é de extrema importância, para a forma de garantir o acesso e o direito social a saúde de qualidade. Em síntese, o SUS tem como principal papel garantir o acesso à saúde, sendo um direito social, como também promover e defender a justiça social em meio a sociedade em que vivemos, trazendo também uma melhor qualidade de vida e forma de fortalecer a democracia de participar em nosso país. Ademais, sua forma de aprimoramento deve ser contínua, sendo

fundamental para sua eficácia, assim, garantir um bom atendimento aos usuários e ao meio social.

Portanto, o direito à saúde foi constitucionalizado em 1988 como direito público subjetivo a prestações estatais, ao qual corresponde o dever dos Poderes Públicos desenvolverem as políticas que venham garantir esse direito. Tal forma de constitucionalização é o ponto de partida para análise da eficácia e aplicabilidade do direito à saúde (LIPPEL, 2004, p.1).

Com o passar dos anos, ao falar de saúde, foi das esferas que mais teve avanços, assim o SUS trazendo avanço para toda a sociedade brasileira e dessa forma integrada a saúde como um dos pilares da seguridade social, de importância também a proposição do projeto da assim Reforma Sanitária, dessa forma sendo definida através da Lei N° 8080, de 1990, a Lei de Orgânica da saúde (LOS), nos anos de 1990 (CFESS, 2010).

Podemos destacar também, um ponto importante que o CFESS (2010) relata, como importante, a seguridade social enquanto um enorme marco da constituição de 1988, como importância para o Estado brasileiro. Dessa forma, a seguridade se divide em previdência, para quem contribui, saúde a todos a quem precisam e assistência social, para quem dela necessita, ambas foram a seguridade do cidadão. Com isso, surgem inúmeros programas, a criação de políticas sociais, que tinham o foco na proteção de forma social da sociedade brasileira.

Logo, como dito pelo CFESS (2010), a política de saúde, como já dito, é uma política aberta a todos os que precisam, um direito universal de cada cidadão, de forma que traz a promoção a saúde e a relação no prevenir de doenças e epidemias. A assistência social, que por sua vez, foca em usuários e famílias em extrema vulnerabilidade, que possuam renda baixa, que não possuam condições de manter necessidades básicas. Já a previdência, que já teve várias definições, em meio a constituição, surgem como, uma forma de proteção a classe trabalhadora, sendo uma forma de seguro de vida, para as famílias, casos conhecidos como aposentadorias, acidentes, casos de invalidez, que empesam de exercer a venda da sua força de trabalho.

Assim, um dos pilares de estruturação da seguridade social é sua organização com base na lógica do seguro social. Essa é a lógica que estrutura os direitos da previdência social em praticamente todos os países capitalistas. [...] No Brasil, a lógica do seguro estruturou e estabeleceu os critérios de acesso da previdência e da saúde desde a década de 1923 até a Constituição de 1988. O princípio dessa lógica é garantir proteção, às vezes exclusivamente e às vezes prioritariamente, ao trabalhador e à sua família. É um tipo de proteção limitada, que garante direitos apenas àquele trabalhador que está inserido no

mercado de trabalho ou que contribui mensalmente como autônomo ou segurado especial à seguridade social (BOSCHETTI, 2009, p.3).

De acordo com a autora, essa abordagem visa garantir proteção, por vezes exclusiva e em outras prioritária, ao trabalhador e à sua família. É uma forma de proteção delimitada, que confere direitos somente ao trabalhador inserido no mercado de trabalho ou que contribui regularmente como autônomo ou segurado especial para a seguridade social.

### 3. SERVIÇO SOCIAL: dimensão ética e inserção profissional na saúde.

De início, ao recapitular, a política de saúde sofreu e tem uma história de lutas da classe dos trabalhadores, reivindicações e manifestações ao decorrer dos anos, podendo citar o Movimento Sanitário. Sendo assim, graças a todas as lutas, o SUS é um marco na trajetória da saúde pública de nosso país, trazendo assim um sistema mais igualitário.

Importante notar que a luta pela instituição do SUS parte da base da sociedade. As reivindicações que nortearam o movimento que ficou conhecido por "Movimento Sanitarista" eram apresentadas, fundamentalmente, por meio dos secretários municipais de saúde e foram catalisadas na 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. As resoluções dessa Conferência deram os parâmetros que viriam mais tarde a ser inscritos na Constituição de 1988 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 5).

O SUS se destaca como uma enorme vitória para a sociedade brasileira, um dos maiores marcos da Constituição dos anos de 1988, tendo foco na universalização do acesso a todos, sendo os serviços de saúde de forma aberta para a sociedade e não de modo restrito, com a perspectiva de descentralização.

Outro ponto importante, ao falarmos de saúde, colocamos um meio que foi a inserção do/a assistente social. Logo, o Serviço Social, que possui uma longa história de lutas sociais e com uma perspectiva de transformação por várias camadas de sua longa trajetória. Uma profissão de modo regulamentada, que possui código de Ética Profissional e uma profissão de extrema necessidade para a política de saúde.

Mesmo assim, o núcleo duro da proposição aprovada, tanto em termos constitucionais como infraconstitucionais, apresenta características peculiares que devem ser analisadas em maior profundidade por duas razões. A primeira é por expressar, no Brasil, uma perspectiva inovadora em relação aos direitos sociais significando a inserção política de atores sociais até o momento excluídos na conformação das agendas públicas, rompendo com a sujeição histórica dos direitos sociais ao trabalho formal, e sinalizando para a atenção às necessidades integrais de saúde de todo cidadão. A segunda é a convergência de tais inovações com o Código de Ética Profissional e a Lei da Regulamentação da Profissão, aprovados em 1993 (NOGUEIRA, MIOTO, 2015, P.5).

Ademais, Mioto e Nogueira (2015) tratam da integralidade, sendo constitucionalmente permitido, desse modo, identificar outros meios para o direito à saúde, assim, a integralidade possibilita a colocação do profissional de Serviço Social.

Mioto e Nogueira (2015) discutem um ponto de extrema importância, sendo a participação da comunidade um princípio constitucional, trazendo dessa forma uma

melhor organização e ordenação para o Sistema Único de Saúde. Combinando com a prática dos assistentes sociais, possuem em seu projeto ético-político.

Nesse contexto, a participação da comunidade foi organizada de forma articulada aos demais grupos de interesse. A participação dos grupos comunitários tinha, em última análise, a finalidade de inscrever a ideia da democracia participativa nas novas práticas sanitárias, condizente com a posição conquistada de novos atores, influenciando rumos e definindo as políticas setoriais (NOGUEIRA, MIOTO, 2015, P.9).

### **3.1. Dimensão Ética da profissão de Serviço Social.**

A saúde ressurgiu e se vigora após a Constituição de 1988, trazendo assim um melhor entendimento sobre o que é saúde e toda sua conjuntura específica como questão social. A política de saúde, ao entender dela e a sua importância antemão, o SUS, toda sua conjuntura, como já foi discutido e relatado nesse texto, pode entender e analisar como é importante a inserção do/a profissional de Serviço Social nessa esfera tão ampla. Silva (2017) relata que a profissão emergiu da aliança entre o Estado e a Igreja visando mitigar as contradições entre capital e trabalho, recebendo influências significativas do projeto conservador cristão.

Assim, o/a assistente social vai ter sempre uma conexão com o meio capitalista. Logo, toda a construção e avanço da profissão ao longo de suas lutas sociais, com os surgimentos de seus códigos de ética, com o de 1947, onde a ligação com a igreja católica influenciava a gama de atuação, e desse modo, a atuação permanece de forma tradicional e com costumes da igreja católica. O mesmo permanecia com uma forma de conservadorismo, uma prática profissional defasada.

Diante desse quadro, os assistentes sociais que escreviam sobre sua profissão no Brasil, ancorados em aspectos do conservadorismo romântico, interpretavam que suas ações profissionais deveriam projetar-se para a construção de projeto político ancorado em reformas sociais, com vistas à correção do que interpretavam como desacertos na ordem natural da sociedade para torná-la mais humana (GUEDES, 2016, p.31).

Comparando com o código de ética de 1947, o código de 1965 e 1975 vai ali se iniciar uma forma de avaliação melhor sobre toda aquela doutrina da igreja, aspectos cristãos de onde a igreja via o assistente social como um ser de caridade. Contudo, aquele desenvolvimento do capitalismo, as expressões da questão social, de forma onde o assistente social será implantado, atuando assim, diretamente com o Estado,

sendo um mero executo de políticas públicas, onde não poderá opinar e manter uma perspectiva de permeia na elaboração das mesmas. Guedes discute:

Essa alusão às tarefas do assistente social no mundo moderno coaduna-se, também, com a nova posição política da Igreja Católica que, ao contrário das primeiras décadas do século XX, nas quais criticava o mundo moderno, passa a ressaltar o necessário empenho dos cristãos para conciliar os avanços do progresso, da técnica e da ciência, com perspectiva cristã. Sem abandonar a perspectiva conservadora com relação à naturalização da ordem social, a Igreja passa a defender as reformas sociais, associando-as não apenas à caridade, mas à ciência e a um ideário de justiça social (GUEDES, 2016, p.35).

Guedes (2016) afirma também que, neste contexto histórico, a defesa do direito humano no Código de Ética de 1965 não está mais fundamentada no direito natural da pessoa humana, decorrente de sua condição como criatura de Deus. No referido código, os direitos humanos são associados à ideia abstrata de universalidade que, na modernidade, sustenta a defesa dos direitos do homem e do cidadão. Assim, reafirma-se uma interpretação desvinculada da história dos direitos, ao mesmo tempo, em que se confirma sua conexão com a promoção do bem comum.

Com o CFAS, o Conselho Federal de Assistentes Sociais, o assistente social passou a ser mesmo uma profissão, mais ainda com um aspecto conservador, também a neutralidade do assistente social mais mecanizada. Com toda aquela disputa de projetos entra a igreja e os projetos modernizadores do país, com toda a influência da ditadura. Outro Ponto interessante, era a liberdade, o reconhecimento da liberdade com um valor ético centralmente e das demandas políticas próprios a autonomia, emancipação e o pleno crescimento de toda a sociedade, por isso a liberdade, é o princípio mais importante do código de 1965.

Além disso, o terceiro código de ética de 1975, permeia essa mesma perspectiva a qual, uma foram de influência tradicionalista ao meio profissional e podemos salientar que o mesmo ressurgiu a forma de ditadura, trazendo desse modo, uma ideia mais complexa de atenuar o avanço da profissão. Mas, traz com se uma reatualização ao conservadorismo, ademais, uma atualização na forma da doutrina da igreja ao meio social. Silva (2017) afirma que, a noção de liberdade neste contexto emergiu como um conceito que influenciou os projetos políticos coletivos, fortalecendo direcionamentos revolucionários, além de contribuir para o processo de construção de uma nova ética profissional.

Indubitavelmente, a transição em meio aos anos de 1980 para 1990 marcou mudanças significantes nas esferas políticas sociais, saúde e econômicas no Brasil,

incluindo o fim da ditadura militar, sendo um marco na história brasileira, a conquista da democracia no campo político e a organização política dos trabalhadores, a relevância do termo saúde pública. Esses eventos históricos tiveram um impacto direto na profissão e, conseqüentemente, no Código de Ética e no Projeto Ético Político. Silva (2017), relata assim que, o Código de Ética de 1986 representa um marco normativo que simboliza a afirmação da liberdade como profissional, a superação do tradicionalismo e a rejeição da perspectiva ética conservadora. Este documento foi elaborado de forma coletiva pela categoria profissional através de sua entidade representativa, que na época era denominada Conselho Federal e Regional de Assistentes Sociais.

Silva (2017, p. 3) discute que:

O contexto histórico na qual se construía o referido Código se remete a revisão de valores profissionais, que se desenvolveu não só ao nível nacional, mas também internacional, e, mais especificamente latino-americano, que confrontava o conservadorismo e buscava o espaço social para a redemocratização. Outro aspecto a ser destacado desse período é a maturidade teórica e política expressa pelo novo projeto profissional, a potencialidade crítica que promove a interlocução com outras áreas de conhecimento e desenvolve a área da pesquisa inspirada na ideologia marxista.

De maneira geral, como a autora relata, o Código de Ética de 1986 apresenta uma abordagem profissional com um caráter político de intervenção ética, por meio do compromisso com a classe trabalhadora, a busca pela realização dos direitos e a mediação para atender às necessidades sociais. Assim, o profissional poderá ter uma melhor forma de atuação em meio às demandas a que são expostas e, dessa forma, poderá defender seus princípios profissionais e éticos conforme o ambiente em que estiver inserido. Ademais, o contexto histórico do final da década de 1980 foi propício para o progresso na trajetória do Serviço Social, uma vez que o Código de Ética coincidiu com a reorganização política da classe trabalhadora, dos movimentos sociais e da própria categoria profissional do assistente social.

Ao avanço trazido pela constituição de 1988, o Serviço Social se manteve em meio a esse avanço na sociedade, todas as novas formas de políticas sociais e a nova visão de direito que a sociedade tinha, aumentando mais a necessidade de mais assistentes sociais, em meio a saúde, assistência e previdência, em toda a seguridade social de nosso país. Após tantos avanços, em 1993, a profissão ganha um novo código de ética profissional, a qual se assegura até os dias atuais.

O Código de Ética de 1993, representa de fato o segundo momento crucial na trajetória do projeto profissional em meio à atuação do Serviço Social, como profissão regulamentada e cada vez mais requisitada, em meio a esse avanço pelo qual o país estava passando. Silva (2017), caracterizando-se por uma perspectiva teórico-crítica sobre a sociedade de classes. Dessa forma, o mesmo passar por uma estruturação em formas princípios, deveres, direitos e proibições que irão orientar e ajudar na forma de comportamento ético profissional e sigilo profissional, delineando seus objetivos ético-políticos e também fornecendo parâmetros para uma melhor ideia de atuação do/a assistente social em meio ao seu trabalho.

É no referido código que se encontrará o conteúdo axiológico que dá subsídios para construção do novo projeto ético-político da profissão, que nega a sociabilidade de exploração do homem pelo homem posto pelo sistema capitalista, passando a afirmar o compromisso com a classe trabalhadora, tendo em vista a construção de outra sociabilidade, ou seja, uma nova ordem social (SILVA, 2017, p. 3).

Outro ponto importante que Silva (2017) relata é sobre a teoria social de Marx, que influência sobre a atuação do meio profissional do/a assistente social. Contudo, a teoria tem como base o direito social em meio a profissão, com foco na ruptura com o conservadorismo, a dimensão ética ligada ao caráter conservador, baseando-se em um meio de extrema importância, o compromisso assim com os direitos sociais da classe trabalhadora, uma de reconhecer o cidadão como ser social e entender a estrutura social a qual o mesmo está exposto. A Ética profissional, do Serviço Social, passa assim a entender conforme a autora, a sociedade de classes, a qual são expostas várias esferas de conflitos sociais, conseqüentemente em meio ao que Marx relata e a perspectiva que influencia em meio a Ética da profissão, a teoria age de acordo a classe trabalhadora, tendo como foco a noção como classe de extrema importância.

O CE/93 indica princípios fundamentais a serem apreendidos pelos profissionais, e, destacam-se como princípios fundamentais: o reconhecimento da liberdade, a defesa aos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, a democracia, favorecimento da equidade e justiça social, a eliminação de todos os tipos de preconceitos, a garantia do pluralismo, a opção por um projeto profissional que vise à construção de outra forma de sociedade (SILVA, 2017, p. 4).

Com base nos principais fundamentos em meio ao código de 1993, a forma de liberdade, o próprio reconhecimento da mesma é importante, pois assim, a mesma tem de extremo valor para cada cidadão. O direito de ir e vir, como princípio fundamental do código, permeia a ação em meio ao atendimento para uma melhor atuação. Esse valor é visto, como uma forma de conquistar outros valores, a exemplo da emancipação, o

meio próprio de autonomia, o próprio desenvolvimento social de cada indivíduo (SILVA, 2017).

A percepção do Serviço Social sobre esse princípio é contrária ao entendimento da sociedade burguesa, está o compreende com direito à propriedade privada e reproduz que a liberdade plena pertence apenas ao sujeito enquanto ser individual. Ao contrário, a categoria profissional compreende liberdade associada à consciência do humano-genérico e como um valor inerente ao ser humano, enquanto ser social (SILVA, 2017, p. 4).

Outro ponto que podemos destacar é o sentido e fundamento da democracia, considerada um valor de extrema importância e a principal maneira política de alcançar outros valores essenciais, os quais engrandecem o direito social de cada indivíduo. Esse valor é enfatizado por indicar a importância da socialização da riqueza e da distribuição justa da renda, garantindo o acesso igualitário a oportunidades para todos, sem qualquer tipo de discriminação. Isso inclui o direito de viver com dignidade, desfrutando de boas condições de moradia digna, saúde de qualidade, educação pública, cultura e lazer, sendo suas expressões e direitos de cada um. Por fim, Silva (2017, p.5), relata a forma de emancipação social, “A emancipação como valor central de caráter humano-genérico é potencializada por meio dos demais valores propostos pelo CE/93.”

Após analisar as trajetórias dos códigos de ética profissional, ao usar e vivenciar o código de 1993 até hoje, entender seus principais fundamentos, podemos entender e compreender a necessidade para a formação do Projeto Ético-Político da profissão de Serviço Social. Em meio à atuação do/a assistente social, em meio ao âmbito da Saúde, mas também em todas as esferas em que o profissional se insere, é importante entender e colocar em prática todos esses fundamentos.

Considera-se que o Código de Ética da profissão apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social (CFESS, 2010, p.29).

Assim, o Projeto Ético-Político construído pelo Serviço Social, projeto profissional, que tem seu como forma vinculado, assim, aos projetos societários, posto ao projeto de transformação que está ligado em meio ao capitalismo. O projeto profissional é de forma ligado à classe trabalhadora, com meio de ir contra toda forma de classes e burguesia. Silva (2017) analisa assim, sua origem remonta ao final da década de 1970, através do Movimento de Reconceituação. Esse movimento evidencia

a ruptura da profissão com os conteúdos teóricos e políticos do conservadorismo, assim como com a ética da neutralidade. Ao longo da década de 1980, o projeto profissional avançou e se consolidou na década de 1990 com a implementação do Código de Ética de 1993, e atualmente está em processo contínuo de construção.

Ademais, a construção do projeto ético político da profissão revela-se em meio às demandas e ações a que os profissionais são expostos. Podemos salientar uma forma de dimensões na qual o projeto da profissão de Serviço Social se mantém e se organiza. Destacado por Braz (2005), de extrema importância para organizar com uma melhor forma de construção social. O autor relata, assim, a três dimensões: a dimensão da produção de conhecimento pelos assistentes sociais, a dimensão político-organizativa e a jurídico-política da categoria profissional.

Dessa forma, podemos salientar que a primeira ideia de dimensão, sendo a modalidade em meio a forma teórica-metodológica, de construção da profissão, a qual, expressa ao meio de conhecimento e produção desse conhecimento, que por sua vez, são feitas pelos próprios profissionais e dessa maneira, com o intuito de criticar e entender para construção sócio-históricas, com o pensamento social, trazendo assim um melhor entendimento de construção e compreensão das ações e do meio de trabalho onde o mesmo é exposto. Pois, com maiores quantidades de estudos em meio às esferas que a profissão é exposta, podemos assim ter um melhor entendimento de forma ao analisar, podendo gerar uma ação ao profissional mais específica e mais efetiva. Logo que o profissional de Serviço Social trabalha diretamente com o meio social e as expressões da questão social, à sociedade, aos usuários, podemos, assim, entender e estudar todas as formas de melhor ajudar aos usuários. Sendo assim, entender o que o usuário necessita, onde o mesmo está exposto, ao meio social em que está inserido.

Silva (2017) relata como segunda dimensão;

A segunda dimensão é a forma política como se organiza a profissão, por meio de entidades representativas, como: os Conselhos Federais e Regionais de Serviço Social (CFESS/CRESS), a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), e as outras associações políticas e os movimentos estudantis representada pelos Centros Acadêmicos (CAs), e pela Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO), (SILVA, 2017, p. 6).

A autora ressalta a forma de organização em meio profissional ao entender e mostrar todos os órgãos de extrema importância para a profissão, a qual irão representar e dessa forma, gerar uma melhor organização profissional, sendo

chamadas de unidade representativa de todas as esferas e dimensões do Serviço Social.

Ao fim, podemos relatar a terceira forma de dimensão da profissão, sendo ela a forma Jurídico-política, dessa maneira, o aparato de forma jurídica da profissão, como as leis que regulamentam a mesma. Podemos destacar, a importância, pois, as leis que regulamentam a profissão de Serviço Social, podemos relatar de acordo com Silva (2017), o próprio Código de Ética de 1993, podemos destacar também a Lei 8.662/93, a própria Lei De Regulamentação Da Profissão, citando também as Diretrizes Curriculares para a Formação Profissional, de 1996, assim a importância também, o conjunto de leis da Constituição Federal de 1988, do Título VIII, da Ordem Social.

Enfim, o projeto profissional do Serviço Social visa, através das três dimensões citadas a cima, que o constituem, estabelecer uma nova ordem de forma, societária, que supere a ordem social, econômica e política atualmente hegemônica, o capitalismo. Fundamentado na tradição marxista, com uma compreensão de seus princípios teórico-metodológicos e ético-políticos, o projeto ético-político advoga por valores emancipatórios universais, particularmente a emancipação política e humana, aponta (SILVA, 2017). Assim, o profissional de Serviço Social, de forma comprometido, com o projeto ético-político, podendo ser dessa forma, um melhor profissional, seguindo as estratégias e características posta no projeto, realização em meio as estratégias político-profissionais, competências políticas, conforme o código de ética, podendo entender e agir de forma criativa e com criticidade. Podemos destacar, que em meio a atuação profissional, devemos sempre buscar, no campo em que o Assistente Social está inserido, recorrer a formas de buscar o direito à liberdade, como Silva (2017), sempre destaca, que o profissional deve sempre usar de modo a liberdade em meio aos espaços coletivos e nos campos de lutas sociais.

### **3.2. Particularidades do Exercício Profissional no âmbito da Saúde**

Ao falar sobre a Seguridade Social, na qual foi um marco de suma importância da Constituição Federal de 1988, no que se refere à proteção social, focando em atender as demandas da classe trabalhadora. Está inserida no capítulo “Da Ordem Social” composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social, (CFESS, 2010).

Após a Constituição, ponto importante como o SUS, o mesmo sofre diversas dificuldades para exercer-se como política social, desafios esses marcados pelas pressões do próprio governo de Fernando Henrique Cardoso, em meados de 1995, com atos retrógrados e dessa forma, que compactuam com ideias privatistas.

Ao relatamos também a expansão da universalidade do acesso, podendo assim, dizer o maior papel de atuação e intervenção do estado. Em meio ao Neoliberalismo, a qual o Estado tinha como ideal de se desresponsabilizar da forma de manter as políticas sociais, trazendo assim, os surgimentos das ONG - Organizações Não Governamentais, na qual tiravam assim a responsabilidade do Estado, atuando de formas assistencialistas. Logo, “Define ainda, de maneira radical que, enquanto direito, a pretensão do dever de cumpri-lo é do Estado, sendo reconhecido que a saúde não poder ser um bem ou serviço factível de troca no mercado.” (NOGUEIRA, MIOTO, 2015, p. 6), a saúde sendo um direito e dever do Estado, em meio a ambas políticas sociais que vão, ter o Estado como provedor.

Em meio à política de saúde, após a Constituição Federal, podemos destacar uma forma de integralidade, uma tática e meio pelo qual a saúde se promove. Um ponto, marcado em meio ao artigo 196 da constituição, que tinha por forma uma melhor promoção da saúde pública. A qual se apresenta uma nova forma de atuação que a constituição trouxe, trazendo assim, uma forma de multiprofissional no atendimento a várias esferas e a ampla universalidade do acesso à saúde.

Uma melhor atuação da equipe de saúde e buscando assim, um melhor atendimento com os usuários, podendo realizar e estudar em meio de ações interdisciplinares e qual eleva o leque de ações para sanar as demandas exportas no âmbito da saúde pública em nosso país.

Além disso, o princípio da integralidade, garantido constitucionalmente e na legislação complementar, permite identificar outros componentes relativos a um novo enfoque para o direito à saúde. A integralidade, tendo como pilares básicos a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, possibilita uma inserção diferenciada do assistente social na área da saúde, superando o estatuto de profissão paramédica, típico do modelo biomédico (NOGUEIRA, MIOTO, 2015, P. 8).

Assim, conforme as autoras, essas formas de atuação, diretamente com o usuário, podem trazer, em meio a várias técnicas, um melhor resultado ao usuário. Ademais, uma atenção mais focada aos usuários e as formas de interdisciplinaridade e intersetorialidade, fazendo desse modo, uma melhor análise social em meio aos usuários e a necessidade a saúde pública, sendo analisados e aplicadas as formas de atuação em todos a dimensão de saúde a exemplos de hospitais, PSF, unidades básicas, etc. Ademais, o profissional de Serviço Social se inclui e ressurgue nesse âmbito com uma atuação de extrema relevância.

Podemos destacar também a forma de participação social em meio à comunidade, um ponto importante para a saúde, como um princípio de extrema relevância e forma de organização e de análise para o Sistema Único de Saúde. Nogueira e Mito (2015) relatam sempre em seu texto a importância e relevância do/a Assistente Social, em meio ao complexo profissional, assim, relatam as ações da profissão, de acordo com são pautadas em meio ao Código de Ética do profissional de Serviço Social, que é uma profissão regulamentada.

É um aspecto fundamental para o processo de construção da esfera pública para o setor à medida que indica as possibilidades de redução dos mecanismos de cooptação e clientelismo, tão comuns no contexto da cultura política nacional, em que a oferta de ações de caráter curativo em saúde exerce atração exacerbada tanto entre prestadores de serviços, como nos usuários do sistema (NOGUEIRA, MIOTO, 2015, P. 8).

Já, ao relacionar a sociedade pela atuação de forma participativa, o meio de “democracia participativa”, de acordo com Nogueira e Mito (2015), essa ideia que vingou por meio ao período de pré-constitucional. No momento, a participação do meio social, podendo compreender essa forma de participação como um direito à cidadania com o usuário.

Nesse contexto, a participação da comunidade foi organizada de forma articulada aos demais grupos de interesse. A participação dos grupos comunitários tinha, em última análise, a finalidade de inscrever a ideia da democracia participativa nas novas práticas sanitárias, condizente com a posição conquistada de novos atores, influenciando rumos e definindo as políticas setoriais (NOGUEIRA, MIOTO, 2015, P. 8).

Então, todo esse avanço forma uma melhor organização na sociedade a fim de ter poder de falar, que por sua vez, a necessidade para a política de saúde. Podemos salientar que toda essa participação da comunidade, de relevância para a Reforma Sanitária, que lutava por melhores formas de atenção à saúde pública, a luta de melhor condições de vida, assim essa participação do meio social foi a importância, a luta de direitos sociais, e vários avanços ao longo da história, com o intuito de uma melhor construção de cidadania, que a intuição é se desenvolver dia após dia.

Também é possível notar a íntima ligação entre o controle social e os fundamentos presentes no Código de Ética, na Lei de Regulamentação da Profissão e no Projeto Ético-Político do/a profissional de Assistente Social. O CFESS (1993), recorda assim Código de Ética explicita essa conexão tanto por meio de seus princípios que abordam a ampliação e consolidação da cidadania, a gestão democrática de

serviços, programas e políticas sociais, e a promoção do aprofundamento da democracia como forma de socializar a participação política, quanto em relação ao compromisso do assistente social com os usuários, com o foco de facilitar a participação efetiva da população nas decisões institucionais.

Justamente, no que o CFESS (2010) relata, reitera-se a interligação entre os princípios estabelecidos tanto na Constituição Federal e na legislação referente ao campo da saúde quanto no Código de Ética dos assistentes sociais, os quais são extremamente conectados. Esses profissionais, em sua prática diária, trabalham incessantemente para expandir e garantir os direitos relacionados aos serviços e intervenções de saúde para a população, como também a luta pela sanção da desigualdade social a qual possa assim, forjar uma melhor condição para o usuário e a sociedade.

Por sua vez, a política de saúde, sendo um direito de todos e um dos mais importantes, isso acarreta um excesso de demandas de todos os grupos sociais na sociedade. Dessa forma, a profissão de Serviço Social atua diretamente com uma demanda diversificada. Logo, ao analisar os grandes desafios da profissão frente à política de saúde, observamos também, de forma crítica, como o assistente social é visto pela população e sociedade.

A regulamentação da profissão em 1993, com a introdução da nova lei e da Constituição de 1988, os serviços sociais do setor saúde trabalharão para integrar, apoiar pacientes e familiares, procurar intervir nos problemas sociais, articular-se para que os pacientes sejam cuidados de alguma forma, sem abandonar o atendimento de emergência, fazer transferências de um departamento para outro, também indica a atuação do órgão nas questões dos usuários. Segundo o Conselho Federal de Serviço Social:

Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010, p.41).

Dessa forma, em meio ao contexto, o serviço social é uma profissão que está totalmente ligada ao capitalismo de sua criação, a qual é uma profissão que está totalmente ligada ao meio social e trabalhista. Sendo assim, a forma de atuação do profissional está conectada ao meio de produção capitalista, deste de seu surgimento.

Na base dessa questão, está implicada a desconsideração de que a atividade do profissional do Assistente Social, como tantas outras

profissões, está submetida a um conjunto de determinações sociais inerentes ao trabalho na sociedade capitalista, quais sejam: o trabalho assalariado, o controle da força de trabalho e a subordinação do conteúdo do trabalho aos objetivos e necessidades das entidades empregadoras.[...] Neste caso, em função da sua inserção no processo de trabalho desenvolvido pelo conjunto dos trabalhadores da área da saúde (COSTA, 1997, p.3).

Assim, entendemos que as várias formas de atuação da profissão, em meio a cada âmbito em que o mesmo está inserido, irão ter demandas diferentes e, dessa forma, uma atuação específica para cada esfera de atuação, como a exemplo da política de saúde. Costa (1997) diz que a apreensão das particularidades, das formas de atividade da profissão remete a um melhor entendimento, no âmbito da saúde e na inserção profissional, entendimento e desenvolvimento nas áreas que englobam a saúde. Podemos destacar um ponto importante que reflete até hoje, como a subordinação, que por sua vez relata a atividade da profissão, com regras e meio de atuação, sendo um trabalho de forma assalariada em meio ao capitalismo.

Costa (1997) relata como importante a forma de processo coletivo de trabalho, em meio ao SUS e a toda a política de saúde, que é, por sua vez, definida por condições históricas, em meio que a saúde cresce na sociedade, relatando também as mudanças de natureza tecnológica. Ademais, o autor descrever, que nos serviços de saúde, o meio a qual o assistente social se insere, sendo um profissional com o papel para assim produzir formas de serviços para a sociedade, pelo reconhecimento social da profissão, elevando em conta os conjuntos de necessidades, que surgem a cada ano e elevando as condições de forma histórica, que a saúde pública de nosso país crescer e se ressurgir cada dia.

Contudo, o Serviço Social, tem como principal papel defender e lutar pelos direitos sociais da sociedade, em meio ao enfrentamento das expressões da questão social que surgem dia após dias na história de nosso país. Assim, em meio ao âmbito da saúde, o profissional, irá agir como ponto entre instituição e usuários, fora de ações sociais, que foco nos usuários, seus direitos e sua própria rede de apoio familiar.

De início, a política pública de saúde é um dos campos onde o assistente social surge, assim, um campo de atuação desafiador. A partir do momento em que falamos da atuação ou de como o profissional assistente social se enquadra nesse âmbito, das atribuições e demanda diversificada. Mais as demandas sociais surgem assim pela necessidade e procura, que moldam todo o prosseguir da sociedade capitalista, o surgir,

colocados dessa forma por interesses das diferentes classes trabalhadoras (GUERRA, 2016).

Assim, o Serviço social na época de uma perspectiva religiosa a qual buscava a sua legitimidade, mais também toda a influência norte-americana nos anos de 1940 e 1960, a profissão passava muitas das vezes por uma forma de atualização e Sousa (2008), fala sobre uma “técnica social”, que é um conjunto de técnicas e instrumentais, formando assim toda uma estrutura de atuação. Pois o assistente social tem seu grau de trabalho profissional tanto através do estado quanto por empresas, gerando desse modo um controle social de certa forma (CARVALHO & IAMAMOTO, 2005).

O Serviço Social, como profissão, construiu uma identidade histórica, usando, desse modo, as expressões da questão social que surgiam assim em meio às grandes demandas expostas pelo capitalismo. Uma profissão que trabalha com uma atuação em meio às dinâmicas sociais.

Como área de conhecimento e de intervenção profissional, consolida o seu significado social em suas relações com as demais profissões e com as práticas societárias mais amplas, especialmente com as que se direcionam para o enfrentamento das situações de violações de direitos que afetam as condições de vida da população em geral e, sobretudo, dos setores mais empobrecidos da sociedade (MARTINELLI, p. 498, 2011).

Assim, após o exposto, a autora enfatiza a consolidação do Serviço Social como um campo de conhecimento e prática profissional que adquire relevância social por meio de suas interações com outras profissões e práticas sociais mais amplas. Ele destaca o papel do Serviço Social no combate às violações de direitos que afetam as condições de vida da população em geral, especialmente nos segmentos mais desfavorecidos da sociedade.

Essa declaração sublinha a importância do Serviço Social como uma profissão comprometida com a defesa dos direitos humanos e a promoção da justiça social. Ao colaborar com outras áreas e práticas sociais, o Serviço Social procura abordar as causas profundas das desigualdades e injustiças sociais, para melhorar as condições de vida das pessoas mais vulneráveis e marginalizadas. Logo, destaca um aspecto essencial do Serviço Social, ressaltando sua natureza interdisciplinar e sua atuação no enfrentamento das injustiças sociais. Ao enfatizar a importância do trabalho em conjunto com outras áreas e práticas sociais, ele reforça a ideia de que a promoção do bem-estar social exige uma abordagem colaborativa e holística. Isso reflete a essência da

profissão, que não se limita a remediar os problemas sociais, mas busca identificar e enfrentar suas raízes estruturais.

Destaca-se, também, que o exercício profissional do assistente social, que representa de forma material e concreta o seu processo de trabalho, evidencia a dimensão política da profissão e o reconhecimento da condição de sujeitos de direitos daqueles com quem trabalha. O objetivo final desse exercício é a emancipação social dos indivíduos atendidos, buscando garantir sua autonomia e pleno exercício de seus direitos.

#### **4. DEMANDAS E OS DESAFIOS POSTOS AOS/ÀS ASSISTENTES SOCIAIS INSERIDOS NO ESPAÇO OCUPACIONAL HOSPITALAR**

De início, o estudo irá entender e estudar o campo da saúde, como um espaço sócio-ocupacional onde o Serviço Social atua, entendendo também toda a perspectiva social e histórica, a qual reforça a análise a relação que é de forma importante a relação com o mercado de trabalho na saúde. Assim, iremos debater e analisar as formas pelas quais as políticas sociais, em meio à saúde, têm a ideia de atuação numa esfera complexa, de modo tão requisitada para a sociedade.

Focando assim, analisar de forma crucial ao papel do Estado no contexto do capitalismo contemporâneo, destacando suas influências sobre as políticas sociais, relevando desse modo, sua necessidade e suas particularidades na sociedade brasileira.

Nesse sentido, as ideias estudadas nesse capítulo possibilitam entender os elementos que caracterizam a estrutura do capitalismo, como já discutido em outros capítulos, a predominância do neoliberalismo, a redefinição do papel do Estado e suas implicações para o mercado de trabalho do assistente social na área da saúde, mostrando como todos esses meios se refletem na entrada da profissão a atuação. Isso enriquece o debate sobre as responsabilidades e habilidades profissionais frente às transformações societárias em curso.

Outro ponto importante, que iremos salientar é a criação do SUS, que possui extrema relevância e meio a Constituição de 1988, seguindo pelo governo de Inácio Lula da Silva em épocas de 2003, relevando também um pouco do avanço do SUS em referência as conferências de saúde. Assim, também a ideia de privatização e as dificuldades postas ao Sistema Único de Saúde logo, após a Constituição Federal que visa o entendimento melhor dessa política de saúde tão requisitada em nosso país.

Ademais, o texto Também irá trazer a ideia a qual os profissionais de serviço social são expostos em meio aos Campos ocupacionais, dessa maneira, com a ideia de subordinação que muitas das vezes são colocados sobre os assistentes sociais e como o serviço social se assegura em meio a toda essa construção. Assim podemos destacar, que nesse capítulo irão abranger a inserção e meio do profissional serviço social com foco na inserção do mesmo nos espaços sócio-ocupacionais hospitalares relevando também a ideia e meio de projeto político da profissão. Logo, a ética profissional, em

meio à atuação de forma direta ao usuário entendendo assim, a construção e atribuições que são expostas ao serviço social como profissional numa unidade hospitalar.

Eventualmente, iremos abordar a forma de atuação em meio à equipe de um multiprofissional, na qual o serviço social se interage em meio a outras profissões na unidade hospitalar, destacando também algumas formas de dificuldades expostas ao serviço social em meio à esfera hospitalar. Assim, relatando também a ideia e construções de ações de extrema importância para a atuação do profissional, para desse modo salientar os problemas dos usuários.

#### **4.1 O espaço hospitalar como campo de inserção profissional do/a Assistente Social**

Em primeiro ponto, esse enfoque visa à compreensão da política de saúde e suas repercussões, na prática do Serviço Social, evidenciando como o assistente social se insere em um mercado de trabalho profissional diversificado, o qual, a saúde com o foco de determinações em meio social.

O assistente social é reconhecidamente um profissional da saúde. As Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n. 218, de 6 de março de 1997, e do Conselho Federal de Serviço Social n. 383, de 29 de março de 1999, além da Resolução n. 196, de 1996, que trata da ética em pesquisa, envolvendo seres humanos (MARTINELLI, 2011, P.500)

O parágrafo aborda a natureza do assistente social como um profissional de saúde, fazendo referência a resoluções específicas que legitimam essa caracterização. Destacam-se as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 218 e do Conselho Federal de Serviço Social nº 383, de 1997 e 1999, respectivamente, além da Resolução nº 196 de 1996, relacionada à ética em pesquisa com seres humanos. Essas resoluções desempenham um papel fundamental na regulamentação e ética que reforçam a posição do assistente social dentro do campo da saúde. No entanto, é importante fornecer uma explicação mais detalhada sobre como essas resoluções definem o papel e as responsabilidades do assistente social no contexto da saúde e da ética profissional.

Podemos salientar também algumas formas de atuação da profissão no campo da saúde. A entrada no espaço sócio-ocupacional hospitalar, que sobre a existência de demanda de forma diversificada, espalheando em meio ao setor de Serviço Social, no âmbito hospitalar. Assim, o profissional tem que ter um entendimento de toda a

construção do campo hospitalar, levando à ideia que usufruir das formas que a unidade oferece diretamente aos usuários.

A ideia de universalidade, em meio ao atendimento, é reforçada e a ideia de equipes multiprofissionais e ações sócio educativas, por exemplo, moldam a maioria das atribuições e ações que o Serviço Social realiza com os usuários. Dessa forma, as formas de construção, em meio às exigências às quais se refere a política de saúde, trazem, em meio ao Serviço Social, desafios de entender as melhores formas para uma atuação, as demandas em meio às políticas sociais.

Ademais, podemos relatar com isso a inserção da profissão na saúde pública de nosso país, assim indicada de tal forma na Resolução de número 218/97, pelo Conselho Nacional de Saúde, após a construção da nova Constituição Federal em 1988. Podemos destacar também, a Resolução do Conselho Federal de Serviço Social CFESS, 383/99, na qual terá em seus principais artigos 1 e 2, que elege o profissional Assistente Social, como profissional da saúde e ambas políticas sociais, dessa forma, não sendo uma profissão exclusiva da esfera de saúde.

Ao retornarmos ao marco que a constituição de 1988 trouxe tanto para a política de saúde quanto para a forma e ideia de seguridade social, um meio de garantia para a classe trabalhadora. Trazendo marco para a profissão, em meio à década de 1990. Logo, a década de 2003, após o início do governo de Lula, quando analisados esses avanços que a constituição traz, mas é mantida a política macroeconômica, ou seja, uma medida na qual a privatização em meio à saúde aumenta. Dessa maneira, podemos destacar também uma análise sobre as políticas sociais, que acabam sendo de forma fragmentada, elevando também uma desvalorização da seguridade social.

O atual governo, entretanto, apesar de explicitar como desafio a incorporação da agenda ética-política da reforma sanitária, pelas suas ações tem mantido a polarização entre os dois projetos. Em algumas proposições, procura fortalecer o primeiro projeto e, em outras, mantém o segundo projeto, quando as ações enfatizam a focalização e o refinanciamento (BRAVO, 2006, p. 16).

Logo, em meio ao presidente Inacio Lula, seu governo trouxe aspectos positivos também, como Bravo (2006) traz como elementos inovadores na política de saúde do atual governo, destacam-se: o ressurgimento da concepção de Reforma Sanitária, que havia sido abandonada nos anos 90, a qual foi discutida e teve sua efervescia a década de 80; a nomeação de profissionais engajados na luta pela Reforma Sanitária para

cargos de segundo escalão no Ministério da Saúde; mudanças na estrutura organizacional do Ministério da Saúde, com a criação de quatro secretarias e o encerramento de três; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e sua realização em dezembro de 2003, que trouxe de modo avanços para a questão saúde; a presença do ministro da saúde em reuniões do Conselho Nacional de Saúde.

Em meio aos avanços ditos acima, ao tocarmos no assunto de mercado de trabalho em meio à saúde, podemos destacar um ponto importante, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, um dos marcos do início do governo de Lula. Logo, Bravo (2006) discute que possuía o intuito de formar recursos humanos em meio à saúde pública, regulamentando as profissões, focando numa melhor ideia de mercado de trabalho nessa esfera. Podemos destacar também, como perspectiva dessa secretaria, buscar enfrentar a questão sobre os recursos humanos, em meio ao Sistema Único de Saúde, a qual eleva por meio da pressão que o sistema faz sobre a política de saúde.

No novo século, com a eleição de Luís Inácio Lula da Silva, em 2002, havia a expectativa de construção de um Brasil novo, com redução das desigualdades sociais por meio de uma política econômica com redistribuição de renda e geração de empregos. Esperava-se que as políticas sociais adquirissem caráter universalista. Na saúde, a pretensão era de retorno do Projeto da Reforma Sanitária. Entretanto, essa expectativa não se concretizou e a política de saúde continuou prioritariamente focalizada e sem financiamento efetivo (CFESS, 2010, p.21).

Ademais, podemos relatar também a criação de mais uma secretaria, a Secretaria de Atenção à Saúde, que foi importante para um melhor atendimento em forma hospitalar, mas também em atenção básica e ambulatorial. No decorrer, foram criadas formas que traziam avanços à saúde direta com os usuários. Contudo, podemos relatar a 12 Conferência Nacional de Saúde, que trouxe:

A 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde. Como estratégia central da mesma, foi ressaltada a necessidade de equacionar os graves problemas do SUS, com destaque para a área de recursos humanos e qualidade dos serviços. Como instrumento de mobilização da conferência foi elaborado um documento preliminar a ser discutido nas conferências municipais e estaduais contendo dez (10) eixos temáticos: Direito à Saúde; A Seguridade Social e a Saúde; A Intersetorialidade das Ações de Saúde; As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; A Organização da Atenção à Saúde; O Trabalho na Saúde; Gestão

Participativa; Ciência e Tecnologia e a Saúde; O Financiamento do SUS; Informações, Informática e Comunicação (BRAVO, 2006, p. 17).

Conforme a autora, essa conferência, sendo um marco para o início dos anos 2000, trouxe forma de diretrizes, as quais possuem um meio de entendimentos e estudo sobre toda a estrutura da saúde pública, trazendo também o ponto sobre os recursos humanos. Logo, um ponto a qual ficava suprimido em meio a toda a estrutura do capitalismo, trazendo enorme influência na política social, o caratê de privatização influenciava essa recursa dos recursos humanos, trazendo também quase nem um avanço sobre o ponto de tão importância como a Reforma Sanitária, diferentemente da 8 CNS.

Como aspectos de continuidade da política de saúde dos anos 90, ressalta-se no atual governo a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no refinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social, como já foi sinalizado. Como exemplos de focalização, pode ser destacada a centralidade do programa saúde da família, sem alterar significativamente para que o mesmo se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes. O programa precisa ter sua direção modificada na perspectiva de prover atenção básica em saúde para toda a população segundo os princípios da universalidade (BRAVO, 2006, p. 18).

Bravo afirma novamente a falta de atenção em meio às políticas sociais e, dessa forma, a falta de viabilizar a forma de concepção em meio à Seguridade Social. Relata-se também outro ponto diretamente ligado à precarização e terceirização dos recursos humanos e a expansão da contratação de agentes comunitários de saúde, juntamente com a inclusão de outras categorias não regulamentadas, como auxiliares e técnicos de saneamento, agentes de vigilância sanitária e agentes de saúde mental.

Dessa forma, podemos entender os conjuntos de trabalho que ocorrem na área da saúde, os quais vão, dessa maneira, ter características sobre a influência do capital. Mas, a ideia de trabalho em meio à saúde surge de maneira mais singular do que outras formas de trabalho, a qual ambas vão vender sua força de trabalho e, desse modo geral, renda, mas de maneiras diferentes.

Costa (1997, p. 6,7), em seu texto, mostra algumas dessas singularidades:

Nos serviços de saúde pública, a força de trabalho é consumida em função da sua utilidade particular, que é "para uso" dos usuários dos serviços. Esse uso, entretanto, se dá a partir de relações mercantis, sejam elas materializadas no assalariamento dos trabalhadores do setor, seja através do consumo de mercadorias, como os medicamentos,

equipamentos, seja via mais-valia social. Sendo assim, o trabalho não é imediatamente consumido para gerar mais valor, apesar de ser objeto de mercantilização e de potencialização de mais-valia em outras esferas produtivas; esse uso se dá no interior do processo de produção dos serviços de saúde que requer uma relação direta entre quem produz e quem consome o serviço, exigindo co-participação do(s) usuário(s) no próprio processo de sua concretização/produção; essa coparticipação, por sua vez, se realiza através do contato direto e imediato entre os trabalhadores da saúde e os sujeitos demandantes dos serviços, porque dessa interseção depende todo o desenvolvimento sub-sequente do processo de prestação do serviço, isto é, os momentos instituintes da realização daquele serviço; como o objeto da saúde incide sobre situações concretas (envolvem o processo de saúde-doença) e não sobre coisas, os resultados são de difícil previsão e o que se consome é o efeito presumido de uma determinada ação ou procedimento; A produção e o consumo dos serviços de saúde ocorrem por momentos instituintes, de forma parcial, dependendo da demanda, do nível de resolutividade das subunidades e níveis de complexidades dos serviços, dos recursos humanos, financeiros e das condições socioeconômicas, epidemiológicas e biopsicossociais da população usuária; os resultados do processo de produção e consumo dos serviços são sempre parciais e envolvem uma relação de concomitância entre produção e consumo.

É importante notar que nos serviços de saúde e a perspectiva de saúde vai ser de forma, ao colocar os usuários em primeiro lugar. Assim, a participação dos assistentes sociais nos processos de trabalho voltados para a prestação de serviços à população é influenciada pelo reconhecimento social da profissão e por uma série de necessidades moldadas pelas condições históricas nas quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

Dessa maneira, em meio à década de 1990, a perspectiva aos dois grandes projetos, de modo particular, vem em foco a requisição em meio ao Serviço Social, uma forma de atuação diferenciada. Assim, uma atuação em meio a seleção socioeconômica dos usuários, a atuação psicossocial através do aconselhamento, a fiscalização das ações dos usuários dos planos de saúde, o assistencialismo baseado na ideologia do favor e a predominância de práticas individuais são características proeminentes na prestação de serviços de saúde, (CFESS, 2010).

Ademais, o projeto de Reforma Sanitária, as demandas conforme o CFESS (2010), emergentes para o trabalho do assistente social incluem a democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, a implementação de estratégias para aproximar as unidades de saúde da realidade local, a promoção do trabalho interdisciplinar, a ênfase nas abordagens grupais, o acesso democrático às informações sobre saúde e o estímulo à participação popular.

Podemos entender que há um enorme parecer entre o Projeto Ético-Político da profissão e a Reforma Sanitária, a qual, os eixos, a exemplo de referência teórica, seus princípios e a formação profissional. Dessa forma, Martinelli (2011) relata como é importante um trabalho crítico e competente do ponto de vista ético-político, pois é um trabalho ético que se baseia em valores e no reconhecimento da condição humana dos indivíduos. Além disso, é político porque busca constantemente a emancipação dos sujeitos, abrangendo a relação entre saúde, doença, cuidados, a população atendida, seus familiares e a comunidade.

Logo, ao assistente social que está inserido no campo da saúde ou em outras esferas obscurecer a função de modo social da profissão técnica do trabalho. O problema não reside no uso de referências que abordam o campo psicológico ou sobre doenças, mas sim quando o profissional se afasta do objetivo da profissão no seu dia-a-dia de trabalho, especialmente na área da saúde. Nessa área, o foco deve estar na compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que influenciam o processo saúde-doença, e na busca por estratégias político-institucionais para lidar com essas questões.

A dimensão ética é constitutiva da identidade da profissão, juntamente com as dimensões técnico-operativas e teórico-metodológicas, articulando-se em termos de poderes, fazeres e saberes como mediações da prática profissional e expressões de nossa práxis humana (MARTINELLI, 2011, p.498).

Segundo o CFESS (2010) as atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, independentemente de serem exercidas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados tanto pelos profissionais como pelas instituições empregadoras. Dessa forma, o leque de atuação é sempre diversificado, conforme o campo no qual o assistente social atua. Portanto, trabalhando diretamente com os usuários e sempre mantendo esse controle social, assim:

Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. A partir do exposto, se explicitarão as principais ações desenvolvidas pelo assistente social nesses quatro eixos. Importante destacar que esses eixos não devem ser compreendidos de forma segmentada, mas articulados numa concepção de totalidade (CFESS, 2010, p. 41).

Assim, podemos compreender consoante o exposto, que é responsabilidade do Serviço Social, em uma ação necessariamente articulada com outros setores que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS), formular estratégias que visem fortalecer ou criar experiências nos serviços de saúde que concretizem o direito social à saúde. É importante ressaltar que o trabalho do assistente social, que busca orientar-se pelo projeto ético-político profissional, deve estar intrinsecamente ligado ao projeto da Reforma Sanitária. Dessa forma, o profissional atua diretamente ao usuário, o qual chega a necessitar de um meio de saúde, muitas das vezes, um âmbito complexo.

No atendimento direto aos usuários, trabalhamos com pessoas fragilizadas que nos pedem um gesto humano: um olhar, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para poderem se fortalecer na sua própria humanidade (MARTINELLI, 2011, p. 499).

A forma de contrato assalariado a que o profissional é exposto, sendo um ponto muita importância, infelizmente atualmente ainda influencia bastante a base da atuação do profissional de Serviço Social. Assim, o exercício profissional a qual se realiza forma de contrato assalariado, a exemplo da esfera trabalhista do Estado ou empresas privadas. A transformação da força de trabalho em uma mercadoria, um elemento central do sistema assalariado, faz com que o trabalho específico e qualificado seja subjugado às exigências do trabalho genérico, trazendo consigo os desafios da alienação. Isso coloca limitações socialmente impostas, com discute Iamamoto (2009), na autonomia do assistente social para realizar seu trabalho de forma completa e para efetivar plenamente o projeto profissional.

Verifica-se uma tensão entre projeto profissional, que afirma o assistente social como um ser prático-social dotado de liberdade e teleologia, capaz de realizar projeções e buscar implementá-las na vida social; e a condição de trabalhador assalariado, cujas ações são submetidas ao poder dos empregadores e determinadas por condições externas aos indivíduos singulares, os quais são socialmente forjados a subordinar-se, ainda que coletivamente possam rebelar-se. Em outros termos, repõe-se, nas particulares condições do trabalho do assistente social profissional, o clássico dilema entre causalidade e teleologia, entre momentos de estrutura e momentos de ação, exigindo articular, na análise histórica, estrutura e ação do sujeito (IAMAMOTO, 2009, p. 8,9).

A autora discute a relação em forma da tensão formada pelo projeto profissional, a qual permite ao profissional uma melhor atuação e a liberdade de ações, que vão de acordo com seus compromissos éticos. Ademais, a autora discute também uma análise

de forma ao vínculo assalariado, que por meio dessa forma de contrato, sendo o profissional submetido ao poder do empregador, se expondo à demanda a qual não são corretas segundo o código da profissão.

Contudo, ao analisar essas formas de demanda a que o profissional é exposto, podemos salientar a diferença na qual os campos onde os assistentes sociais se inserem. Podemos destacar a diferença de atribuições e competências que são colocadas ao profissional, a autora deve à ideia de causalidade e teleologia. Sendo assim, muitas vezes o profissional se expõe e se submete à ação que não são atribuições suas, tendo assim que se adaptar às formas expostas para não perder seu vínculo assalariado.

O exercício profissional tem sido abordado em sua dimensão de trabalho concreto, útil: em seu valor de uso social, como uma atividade programática e de realização que persegue finalidades e orienta-se por conhecimentos e princípios éticos, requisitando suportes materiais e conhecimentos para sua efetivação (IAMAMOTO, 2009, p. 10).

Podemos levar em destaque, a forma a qual o profissional se submete a ações e meio que não são de sua competência, a ideia de um exército de reserva. Em meio a forma de saturação na esfera capitalista, podemos dessa forma analisar e entender o porquê o profissional se submete as forma e ideia que são postas aos mesmos. Marx (1988) afirma que:

Os movimentos gerais dos salários são exclusivamente regulados pela expansão e contração do exército industrial de reserva, que correspondem à mudança periódica do ciclo industrial. Não são, portanto, determinados pelo movimento do número absoluto da população trabalhadora, mas pela proporção variável em que a classe trabalhadora se divide em exército ativo e exército de reserva, pelo acréscimo ou pelo decréscimo da dimensão relativa da superpopulação, pelo grau em que ela é ora absorvida, ora liberada. (Marx, 1988a, p. 195).

De acordo com lamamoto (2009), o assistente social, sendo um trabalhador assalariado, oferece sua força de trabalho, de forma especializada, a qual passa por uma perspectiva de aperfeiçoamento, em meio a estudos e universidade, em troca de remuneração financeira, representada pelo salário ou proventos. No contexto da economia de mercado, o valor do seu trabalho é expresso em dinheiro, o equivalente geral no sistema de trocas. Assim, o salário recebido representa o valor da sua força de trabalho, permitindo-lhe adquirir os meios de subsistência necessários para sua vida.

Desse modo, a qual o Serviço Social é dessa maneira proprietário da sua própria força de trabalho, sendo essa força de trabalho especializada, com a perspectiva de ter passado por uma universidade, o preparando para um trabalho mais desafiador. Elevando a ideia de entender a profissão, sua construção sócio-histórica, de modo a sua necessidade na sociedade, analisar no decorrer da graduação a construção social das esferas a que os profissionais assistentes sociais são expostos. Podemos destacar como ponto importante a compreensão da estrutura da sociedade, as expressões da questão social em meio ao cidadão.

Essa mercadoria força de trabalho é uma potência, que só se transforma em atividade – em trabalho – quando aliada aos meios necessários à sua realização, grande parte dos quais se encontra monopolizado pelos empregadores: recursos financeiros, materiais e humanos necessários à realização desse trabalho concreto, que supõe programas, projetos e atendimentos diretos previstos pelas políticas institucionais (IAMAMOTO, 2009, p. 13).

Dessa maneira, a alienação das formas de trabalhos assalariados que expõem na profissão, ocorrendo assim, nas maiorias dos espaços ocupacionais, a ideia depende das esferas de relações sociais que, muitas das vezes, as configuram em meio à concretização da forma de autonomia da profissão.

Ainda que as características do trabalho concreto exercido por esse profissional sejam as mesmas nos vários espaços de trabalho – traduzidas nas competências e atribuições profissionais, sujeitas à fiscalização dos Conselhos Profissionais e legalmente resguardadas –, a organização dos processos de trabalho e/ou das funções públicas em que se inscrevem os assistentes sociais têm significados particulares: na esfera do Estado – e nos seus respectivos Poderes (no nível federal, estadual e municipal) –, nas empresas capitalistas, nas entidades filantrópicas e/ou sem fins lucrativos e nos organismos de representação político-corporativos de segmentos específicos de trabalhadores que, eventualmente, figuram como empregadores de profissionais especializados (IAMAMOTO, 2009, p. 16).

Assim, nessa perspectiva, ao relacionar as ideias da autora com a experiência de estágio em Serviço Social em um hospital, comparando assim as formas de ideia da realizar para a construção do código de ética da profissão. Após o estágio curricular, a ideia de autonomia em um Hospital Regional, do profissional de Serviço Social, é bastante defasada em meio à ideia de demandas expostas ao profissional. Normalmente, todas as demandas passam no setor do Serviço Social. Essa demanda tanto por parte da equipe, mas também as demandas por parte dos pacientes que vão sempre recorrer ao setor da profissão, com o intuito de tirar dúvidas e dificuldades de

cada caso. Dessa forma, o papel que o assistente social ganha é de um resolutivo de problemas tanto sociais quanto institucionais, a forma pela qual a mesma não possui uma autonomia em meio à ideia profissional.

Contudo, após analisar a realidade profissional, possuindo uma maior perspectiva do que realmente é o Serviço Social, sua importância numa unidade hospitalar. O papel do assistente social tem relevância e é extremamente requisitado por todos os setores, trazendo assim uma responsabilidade enorme para o profissional. Dessa maneira, ponto de extrema importância, destacado por Martinelli (2001), em meio a atuação, como a ética profissional, trazendo assim, ao se basear firmemente nos princípios éticos que orientam a profissão e nas diretrizes políticas que guiam o Serviço Social na área da saúde, estando adotando uma postura ética engajada na promoção dos direitos. Isso visa fortalecer os direitos de cidadania dos pacientes hospitalares, seus familiares e também dos profissionais de saúde. Martinelli (2011, p. 503) salienta a importância da ideia de;

É isso 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.

Por fim, é exatamente esse compromisso ético-político que deve impulsionar o avanço na organização das atividades e na criação de conhecimento, a ideia de estudar e analisar, escrever e comparar diretamente com a realidade. Podendo assim, aprimorar as intervenções, é fundamental fortalecer a base teórica do Serviço Social por meio da pesquisa, estudos, artigos. Essa é uma condição crucial para desenvolver um entendimento que apoie a prática profissional de alta qualidade.

#### **4.2 Demandas e desafios postos ao Serviço Social em hospitais**

No contexto da saúde, de acordo com o CFESS (2010), assim como em outros espaços sócio-ocupacionais dos/as assistentes sociais, há responsabilidades específicas atribuídas a esses profissionais. Na área da saúde, tais responsabilidades são especialmente relevantes para elaborar estratégias eficazes, na prática, profissionais. Dessa forma, os profissionais buscam abordar de forma mais adequada as necessidades apresentadas pelos usuários dos serviços de saúde.

É essencial realizar uma análise crítica das desigualdades sociais e da orientação das políticas públicas para garantir o direito à saúde. Nesse contexto, o assistente social desempenha um papel crucial ao contribuir para o desenvolvimento e a implementação de políticas e programas que promovam meios, procedimentos e ações para que as pessoas tenham acesso à saúde, (CFESS, 2010). A concretização dessas ações pode ser alcançada por meio da disseminação de informações para os usuários e capacitando-os em relação aos seus direitos e ao acesso às instituições de saúde.

A política nacional de saúde é uma área de intervenção em que o assistente social, com equipes multiprofissionais, atua para conjugar empenhos para prestar serviços ainda mais eficazes, sendo de extrema importância reconhecer que o profissional de serviço social tem a autonomia necessária, posicionar-se em relação às decisões, conforme as demandas do seu trabalho, uma vez que atuam em relação aos fenômenos socioculturais e econômicos dos indivíduos. Nesse sentido, o CFESS (2010), expõem o entender a proeminência da intersectorialidade, que visa a união e articulação entre diferentes profissionais de saúde, com debates, trocas de saberes, formas de atuação e responsabilidades.

A contribuição do profissional de Serviço Social na gestão e no planejamento busca a intersectorialidade, na perspectiva de conceber a saúde no âmbito da Seguridade Social. Outra demanda que vem sendo colocada aos assistentes sociais é a sua inserção nos processos de auditoria de gestão, a partir do monitoramento, investigação, regulação e avaliação dos serviços prestados, com o objetivo da melhoria da qualidade dos serviços, buscando superar os impasses vividos na política de saúde (CFESS, 2010, p.61).

A organização de trabalho dos assistentes sociais, a qual, se orientam por plantões, como dito por Vasconcelos (2006), os profissionais do serviço social, com as práticas dos plantões de normalmente 24 horas, sendo um profissional por dia, assim cada um pode organizar como vai realizar suas ações no decorrer do dia, mas não só plantões, como também projetos, que podem ser realizados. Portanto, esse modo de trabalhar, que são muitas ações e atividades só para um assistente social num plantão. Ao analisar e entender que a melhor forma de atuação é em meio a uma equipe multiprofissional, na qual seu trabalho se torna mais eficaz.

Já, a partir da experiência de estágio num Hospital Regional, no período de cerca de 6 meses, observamos e analisamos a forma de atuação direta com o usuário. Além disso, o Serviço Social, irá atuar de forma direta não só num hospital, mais em vários campos de atuação e esse atendimento se dá em níveis, em vários parâmetros, como relata o CFESS:

O atendimento direto aos usuários se dá nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira a partir das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal (CFESS,2010, p. 41).

Como também, o CFESS (2010) discute as ações que por sua vez podem ter essa perspectiva direta no âmbito da saúde, podemos citar assim, as ações como socioassistenciais, articulação interdisciplinares e socioeducativas, as mesmas poderão ocorrer em coletivo, mais para assim entender essas ações, elas por sua vez tem que ter um bom planejamento, mobilização, uma investigação responsável, por fim uma boa participação social entre os usuários, para assim levar o direito a real garantia do direito e do bem-estar do paciente. Ademais, ações como as citadas acima, quando a realização delas no hospital, sempre há uma função requisitada aos estudantes do serviço social, estagiários realmente, orientado por profissional que assume a função de supervisão de estágio, havendo uma troca de ação mais aprendizado de suma importância para ambos.

Podemos destacar as ações socioassistenciais, como o CFESS (2010) mostra, que é uma das principais para o setor do Serviço Social, devido ao surgimento do SUS, após os anos de 1990, que apresenta novos métodos e uma melhor organização no trabalho na saúde, uma atuação mais certa. A saúde, por sua vez, passa por grandes dificuldades, como relatado pelo CFESS, falta de um bom atendimento ao usuário, falta de um salário satisfatório. Essa contrarreforma da saúde passa por um longo processo. Assim, é dito também que o profissional assistente social lance mão das ações socioeducativas, com uma relação sócio-histórica, a partir de reflexão de onde o usuário é submetido.

O profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas (CFESS, 2010, p.43).

No contexto das ações socioassistenciais, o assistente social fornece suporte prático, além de identificar recursos disponíveis, viabilizar direitos e fomentar a autonomia das pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade social. Seu objetivo é melhorar a qualidade de vida e promover a inclusão social desses indivíduos.

CFESS (2010), o profissional deve possuir um entendimento robusto de suas responsabilidades e habilidades, a fim de determinar quais ações e estratégias devem ser priorizadas. Essa decisão deve ser fundamentada nas demandas dos usuários, nas informações epidemiológicas disponíveis e na capacidade da equipe de saúde para realizar ações colaborativas. Dessa maneira, o/a assistente social, tem o dever desse modo a propor para a equipe profissional da unidade de saúde a ideia de ação que articulam e promovem a forma de integração de conhecimento e meio que reajam às práticas propostas aos usuários e assim garantir um atendimento de qualidade ao paciente.

A princípio, de acordo com Costa (2017), as ações socioeducativas são feitas em orientação de forma flexível, tranquila com o público alvo, possuindo também socializações das informações que interessem por aproximação tanto individuais, quanto em grupo num coletivo com os usuários, família, acompanhantes num âmbito a qual estão sendo aplicadas, com o intuito de conscientizar e formar assim uma reflexão baseada num melhor conforto com os usuários. Por sua vez, as ações no coletivo podem ser com acompanhantes, pacientes gestantes, paciente como diabéticos, etc. Dessa forma, ao vivenciar ações como essa num campo de estágio, ações como essa trazem toda uma reflexão e alívio para o paciente, muitas das vezes um âmbito hospitalar pode ter uma perspectiva amedrontadora, podendo assim a partir dessas ações agir em casos como esse e auxiliar casos pessoais, como perdas, complicações familiares ou pessoais dos próprios usuários. Alguns tipos de ações socioeducativas, a exemplo do que é relatado pelo (CFESS, 2010, p.56):

No desenvolvimento de ações socioeducativas pelos assistentes sociais, destacam-se as seguintes atividades: sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos; democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade; realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição; realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas; democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação; socializar informações e potencializar as ações socioeducativas desenvolvendo atividades nas salas de espera; elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral; mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados; realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse.

Dessa forma, as ações socioeducativas, como mostra o CFESS (2010), são ações que irão assim ter como princípio orientações, reflexões e socialização de trocas de informações, realizados em grupos, individuais, num coletivo em geral, focada numa programação em geral.

[...] participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas nos diversos programas e clínicas, como, por exemplo: no planejamento familiar, na saúde da família, na saúde da mulher, da criança e do idoso, na saúde do trabalhador, nas doenças infectocontagiosas (DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outras), e nas situações de violência sexual e doméstica (CFESS, 2009, p.28).

Eventualmente, ao falar assim de outro de tipo de ação ao tocarmos sobre ações de articulações entre equipes profissionais, o Conselho Federal de Serviço Social (2010), relata a necessidade de ter uma reflexão entre todos os grupos e setores profissionais, sugerindo um bom entendimento sobre as atribuições do Serviço Social, mostrando dessa forma as atribuições do Assistente Social em toda a rotina hospitalar. Ao vivenciar essa rotina corrida e o excesso de demandas, percebemos a falta de conhecimento entre todos os setores profissionais e administrativos em relação ao setor social do serviço social, por isso essa reflexão com o CFESS relata é mais do que necessária e de extrema importância.

Dessa maneira, a ideia do trabalho do profissional de Serviço Social tem que ser cada vez mais discutida conforme o profissional regulamentado. A falta de conhecimento tanto da equipe de profissionais que formam a unidade hospitalar, como também os pacientes que formam a ação do assistente social, entender que a profissão não possui mais a forma conservadora e assistencialista de épocas passadas, mas sim de uma profissão de forma regulamentada e séria.

Por outro lado, a profissão, ainda atualmente, possuía a ideia de caridade, por muitas das vezes essas ações assistencialistas, graças ao não conhecimento do que realmente é o Serviço Social. Iamamoto (2009) relata o meio de assalariamento ao profissional contratado, muitas das vezes não tendo outra opção e, dessa forma, sendo submetido a esses tipos de ação que retrocedem à construção profissional do Serviço Social.

Simultaneamente, o Assistente Social tem o dever assim de orientar os usuários, grupos de diferentes meios sociais, mostrando assim formas de recursos para todo aquele utilizador do serviço ou paciente, dessa forma, lutar pela defesa de direitos de todo aquele paciente que chegar a utilizar aquele serviço, por tanto conforme relatado

na Lei de N° 8.662, de 7 de junho de 1993, no art 4°, V. Nesse ínterim, o profissional do Serviço Social, em ação a essa esfera hospitalar, vai atuar diretamente a toda essa gama de demanda diversificada e saber lidar assim com todos os casos que passam surgir e saber encaminhar, orientar e solucionar problemas que possam surgir. Dessa forma, Bravo, Matos (2006, p.3) dizem que “O assistente social vai atuar nos hospitais, colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios”.

Outro ponto importante, a atuação em uma equipe num hospital, é de grande importância que essa equipe multiprofissional use a interdisciplinaridade. Assim, o/a assistente social atuando na saúde em equipe com médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais da saúde, podem assim potencializar a atuação e a qualidade do atendimento do paciente, tendo maior eficácia em solucionar o problema daquele usuário que chegar naquele âmbito. Mito e Nogueira afirmam:

A interdisciplinaridade é compreendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, por equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde (MIOTO, NOGUEIRA, 2007, p.67).

Portanto, a atuação do serviço social, em meio a essa equipe, vai exigir assim que o profissional tenha maior observância e conhecimento dos seus princípios éticos-políticos e assim um conhecimento e atenção na sua lei de regulamentação e no próprio código de ética profissional todas as diretrizes da ABEPSS, de 1996, (CFESS,2010).

Dessa forma, de acordo com Inês e Castro (2006), que relatam que o assistente social desempenha um papel crucial nos hospitais ao atuar como intermediário entre a instituição e a população, facilitando o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para isso, o profissional utiliza uma variedade de estratégias, incluindo plantão, seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária. Essas ações visam garantir que os usuários recebam o apoio necessário para lidar com questões sociais e de saúde. Para sanar todas essas dúvidas e falta de conhecimento do serviço social, tanto por parte dos pacientes quanto por parte do próprio âmbito hospitalar.

Dessa forma, o CFESS (2010, p. 46,47) relata algumas ações as quais são expostas a profissionais em meio ao âmbito hospitalar:

A equipe de saúde e/ou os empregadores, frente às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais, têm historicamente requisitado a eles diversas ações que não

são atribuições dos mesmos, a saber: marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes; solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; pesagem e medição de crianças e gestantes; convocação do responsável para informar sobre alta e óbito; comunicação de óbitos; emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social; montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órgãos, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes.

Logo, o exposto acima traz exemplos que não são atribuições do profissional de Serviço Social, assim essas ações, que possuem um caráter técnico-administrativo, não podem ser realizadas por assistentes sociais. Dessa maneira, ações técnicas como essas, com caráter técnico, devem ser desenvolvidas de maneira específica de outras profissões específicas, como a exemplo relatado pelo exposto acima, a ideia de organização em meio de exames, transferências, que devem ser organizados assim por um setor mais específico, voltado a esses tipos de demandas. Além disso, os casos, ficam restritos para o setor de Serviço Social, criando mais demandas para o profissional, atrapalhando a melhor organização da rotina profissional, dificultando seu verdadeiro trabalho que deveria ser feito.

Assim, o CFESS (2010) mostra que, o assistente social frequentemente enfrenta desafios para que sua equipe de saúde compreenda suas atribuições e competências, especialmente devido à dinâmica de trabalho nas unidades de saúde, influenciada pelas pressões relacionadas à demanda e à persistente fragmentação do trabalho. No entanto, é essencial que essas dificuldades incentivem a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais, visando esclarecer suas atividades e estabelecer rotinas e planos de trabalho coerentes.

Ademais, podemos relevar, a falta de um POP (Procedimento Operacional Padrão) em meio ao setor de Serviço Social, ao setor hospitalar. Fazendo as adaptações necessárias para promover uma maior transparência nas atividades profissionais, como uma ferramenta de gestão da equipe e para proporcionar visibilidade das ações multiprofissionais aos demais integrantes, é essencial esclarecer as diversas atividades do Serviço Social. Muitas vezes, essas ações ficam desconhecidas pelos profissionais da saúde. Desse modo, a EBSEH (2014) discorre que:

Os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) são documentos imprescindíveis para o exercício de qualquer tarefa realizada com

qualidade, eficiência e eficácia, obedecendo critérios técnicos e observando normas e legislação das áreas pertinentes. Os POPs servem de veículo para que as informações acerca dos mais diversos processos cheguem com segurança ao executor.

Assim, os POPs podem ter uma perspectiva, por exemplo, as descrições dos procedimentos podem incluir trechos de leis, normas, abordagem situacional e descrições de situações críticas. É fundamental que o POP responda às seguintes perguntas: "quem faz?; o que faz?; quando faz?; como faz?; onde faz?" Vencio et al (2020).

Portanto, sendo uma abordagem descritiva e objetiva de sistematização, enfatiza-se que os POPs devem especificar as ações mínimas e essenciais a serem seguidas em situações que envolvem riscos significativos tanto para os usuários dos serviços quanto para os trabalhadores em saúde. Sendo de extrema importância para todos os profissionais, como uma forma de ajudar sua atuação.

Após o ponto discutido, podemos destacar também, a forma e ideia de alta hospitalar, a qual possui considerável relevância e muita atenção da equipe de plantão, para assim estabelecer as ideias de atribuições de todos os profissionais que remetem diretamente com o paciente. Assim, ao relatarmos a importância do profissional do setor de Serviço Social, o qual vai intervir juntamente com a equipe e, desse modo, analisar juntamente com os outros profissionais a ideia de se realmente os usuários podem voltar a sua residência. Ademais, muitas das vezes o usuário se encontra bem fisicamente, mais a outras questões no meio particular, a ideia de se realmente aquela pessoa pode retornar para sua condição social, se o mesmo tem condições de manter seu estado de saúde física e mental, se o mesmo estar exposto algum tipo de dificuldade, violência ou segurança própria.

Eventualmente, essa análise feita pelo profissional é de extrema importância, podendo evitar que aconteçam novos problemas ao usuário. Logo, a alta médica e a forma de alta social devem acontecer de forma conjunta, para dessa maneira evitar novos problemas e uma melhor avaliação. O CFESS (2010) mostra que, quando um usuário recebe alta médica, mas ainda não tem condições de alta social, é responsabilidade do profissional de Serviço Social notificar a equipe, registrando sua intervenção no prontuário. Isso reforça a natureza do atendimento em equipe e visa estabelecer uma interface entre o usuário, seus familiares e a equipe de saúde.

Ademais, a forma de alta a pedido também é uma situação que impacta a equipe de saúde, incluindo o profissional de Serviço Social. É crucial refletir sobre o significado da alta e sobre a autonomia do usuário dentro do serviço de saúde, assim como

determinar os procedimentos que a equipe deve adotar de forma coletiva. O usuário, enquanto protagonista de sua própria história, deve ter autonomia para decidir sobre o curso do tratamento de saúde a ser seguido e quais procedimentos desejam ser submetido, sendo de extrema importância total clareza sobre todas as formas de procedimento, diretamente com o paciente e família.

No caso de solicitação de alta, o usuário deverá ser abordado pela equipe de saúde. Segundo o artigo 46 do Código de Ética Médica, os médicos só podem se recusar a dar a alta a pedido do usuário no caso de iminente risco de vida, em caso contrário, deve ser respeitada a decisão do usuário. Os fatores que mais contribuem para a solicitação de alta por parte dos usuários são: desinformação quanto ao tratamento e procedimentos; aspectos culturais e religiosos; necessidade de sobrevivência/manutenção familiar; demanda das mulheres de cuidados com os filhos, com a casa, de não faltar ao trabalho, pois as mesmas têm assumido, muitas vezes, o papel de chefes de família (CFESS, 2010, p. 48)

Após o exposto acima, a ideia de que o assistente social deve agir para orientar e esclarecer sobre toda a estrutura do atendimento do usuário, entender o caso e entender a conjuntura social do usuário, sendo um intermédio entre equipe e usuário/família, fazendo uma reflexão sobre o caso juntamente com a equipe de saúde, trabalhando com as condições objetivas e desse entender o porquê dessa decisão. Ademais, é verdade que o médico é o profissional responsável pela decisão de alta e pelos procedimentos médicos associados. No entanto, o assistente social desempenha um papel importante como interlocutor entre os usuários e a equipe de saúde, especialmente no que diz respeito aos determinantes sociais da saúde. O respeito pela diversidade é um princípio fundamental tanto na formação quanto no trabalho profissional do assistente social, e isso pode influenciar sua abordagem ao lidar com os aspectos sociais relacionados à saúde dos usuários, (CFESS, 2010).

Assim o trabalho do assistente social, muitas vezes tem que ser realizado com acompanhante, procurando saber como está a vida social e socioeconômica daquele paciente, com é mostrado pelo (CFESS, 2010, p. 30) “[...] conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;”. Logo, a ideia de entrevista social ou visita social conforme feita em meio a unidade hospitalar, de forma direta com os pacientes e acompanhantes, são de extrema importância, para assim obter esse melhor entendimento sobre a vida social a qual o paciente tem, acessar as formas de dificuldades que o mesmo possui e dessa maneira entender e construir uma melhor ideia de atuação direta ao usuário. Portanto, o leque de atuação do assistente social em meio à política de saúde é imenso,

pois se são utilizadas várias políticas sociais, para assim podemos encaminhar o paciente e seus acompanhantes, para ter uma assistência melhor ou acolhimento necessário.

Portanto, faz com que o profissional, a partir do conhecimento da realidade do usuário, tenha mais elementos para buscar o alargamento dos direitos sociais que podem ser acessados por esse usuário. Nesse sentido, não pode ser utilizada como meio de verificação de dados fornecidos pelo usuário. Deve-se superar qualquer perspectiva de fiscalização dos modos de vida da população, que também envolvem sua cultura e suas rotinas (CFESS, 2010, p.44).

Logo, vemos que o primeiro grande desafio é a falta de profissionais no setor de Serviço Social, pois são poucos funcionários para grandes demandas como essas, pois o trabalho social que tem que ser direto com o paciente, onde muitas das vezes, alguns campos de atuação, são submetidos somente um profissional para lidar direto com toda a unidade. Assim, trazendo uma carga de cansaço mental, cansaço físico e dificultando a forma de um trabalho feito corretamente, pois um só assistente social acaba tendo que lidar com várias funções expostas em meio à unidade de saúde ao mesmo tempo.

A função do trabalho, muitas vezes devido ao volume de demandas, acaba sendo exposta a funções que realmente não são atribuições da profissão, mas pelo ambiente hospitalar e sempre assuntos surgem de maneira urgente acabam acontecendo. “O assistente social atua no atendimento aos trabalhadores, seja individual ou em grupo, na pesquisa, no assessoramento e na mobilização dos trabalhadores, compondo, muitas vezes, equipe multiprofissional.” (CFESS, 2010, p. 40). Assim, a falta de uma equipe multiprofissional, dificulta o trabalho, pois sendo formadas por meio de uma construção ideal, atuando com uma equipe profissional com psicólogo, assistentes sociais, fisioterapeuta, nutricionista e enfermeiros, podiam atuar de forma eficaz na realização de soluções para os pacientes, pois é a maneira certa de trabalhar. Elevando assim, uma melhor construção social e solução de forma eficaz para os usuários, melhorando assim a saúde física e mental, trazendo também uma melhor ideia de salientar todas as esferas sociais e dificuldade expressas e influenciam a vida social e econômica do paciente.

Dessa forma, ao interagir diretamente com os usuários, o/a assistente social oferece suporte social, orientação e assistência prática, visando auxiliá-los na superação de desafios e na melhoria de suas condições de vida. O foco principal é promover o bem-estar e a qualidade de vida dos usuários, levando em consideração suas singularidades e demandas individuais.

Em meio ao atendimento na esfera de saúde pública hospitalar, podemos, dessa forma, levantar um ponto de extrema importância: a ideia fundamental da dimensão da diversidade como meio de mediação, mais que necessária para assim haver, o entendimento sobre a forma de individualidade humana. Os indivíduos, em sua diversidade, manifestam diferenças em relação, às relações de gênero, etnia, raça, orientação sexual e identidade de gênero, entre outras questões que evidenciam a singularidade de cada um e o processo dinâmico e contraditório de constituição da individualidade em interação com o contexto social. Dessa forma, numa ideia de unidade de atendimento, a demanda em meio a unidades de saúde são extremamente diversificadas e, desse modo, o profissional deve assim ter um entendimento sobre as formas de demandas surgir para agir de maneira certa diante dos usuários.

Assim, a diversidade humana não é garantida nessa sociabilidade. Prevalece um conjunto de violações de direitos, sobressaindo a reprodução de inúmeras formas de opressão que afetam a vida cotidiana. Essas formas de opressão são resultantes da negação da diversidade humana e se materializam em ações de violência, sobretudo, contra as mulheres, jovens, crianças/adolescentes e pessoas com orientação sexual LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros), (CFESS, 2010, p. 49).

Desse modo, a diversidade sexual, se coloca como desafio ser reconhecida e respeitada diariamente em meio a todos os espaços públicos. Devemos salientar e o importante crescimento do movimento LGBTQIAPN+ e do movimento feminista inclusive, com uma maior visibilidade de suas agendas políticas, tem sido observado que as experiências de preconceito e discriminação enfrentadas por LGBT, bem como as situações decorrentes do machismo e do sexismo em relação às mulheres, têm contribuído para processos de adoecimento entre esses grupos.

Diante dessa realidade, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) estabeleceu a Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis (CISPLGBT). Essa iniciativa considera não apenas a necessidade de assegurar a equidade, um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), mas também a importância de adotar medidas de ação afirmativa para garantir o direito à saúde da população LGBT. É reconhecido que a discriminação e a violência contra pessoas LGBT resultam em formas específicas de adoecimento e morte (CNS nº 410/2009). Assim, a instituição tem o dever de oferecer de forma igual a todo usuário, independente de seu gênero ou orientação sexual.

A homofobia institucional é definida como a incapacidade técnica de determinado espaço sócio-ocupacional para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas devido à sua orientação

sexual ou identidade de gênero. A homofobia institucional pode ser identificada em processos, atitudes, comportamentos que manifestam discriminação a usuários LGBTs, resultado de preconceito, ignorância, negligência e estereotipação homofóbica que causa negação de acesso aos direitos dessa população. Nesse sentido, a Resolução CFESS nº 489/2006 constitui um instrumento estratégico para resguardar direitos da população LGBT, uma vez que “estabelece normas vedando condutas discriminatórias ou preconceituosas, por orientação e expressão sexual por pessoas do mesmo sexo, no exercício profissional do/a assistente social, regulamentando princípio inscrito no Código de Ética Profissional”. Os artigos 3º, 4º e 5º dessa mesma resolução orienta a intervenção ética e política dos assistentes sociais nas unidades de saúde com vistas à reflexão crítica e à superação da homofobia institucional (CFESS, 2010, p.50).

Ademais, nos casos de violência em meio a pessoas LGBTs, de crianças, idosos, mulheres, etc. Logo, devem ser de maneira noticiada entidades maiores, a exemplo da polícia, conselhos tutelares para crianças e outros. O alerta em casos como esse são de responsabilidade de toda a equipe e de modo que o Assistente social, irá colaborar de modo a pôr em prática um tipo de ação socioeducativa, em meio a família, desse modo, analisar e refletir de maneira certo socializar as informações e desse modo encaminhar para o órgão certo.

Podemos dessa forma destacar a política social de humanização, que ganha seu poder em meio à 11ª Conferência Nacional de Saúde. Já em 2001, em meio ao governo de Lula, foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover o respeito à vida humana, esse processo iniciou com um foco mais direcionado no desenvolvimento de experiências em hospitais públicos, através do PNHAH em 2001. A partir de 2003, esse programa foi redefinido e expandido para ser concebido como um eixo central de todas as práticas em saúde, funcionando como uma ação transversal aos modelos de gestão e atenção à saúde. Costa relata que:

[...] passando a ser estimulado em toda a rede - apontando para: O desenvolvimento de mecanismos de escuta dos usuários e profissionais tais como: ouvidorias, conselhos de unidades, rodas de conversa, caixas de sugestões/reclamações, etc; O estímulo à realização de capacitações voltadas para melhorar a comunicação em saúde para desenvolver capacidades para se conceber e implantar iniciativas de humanização como medida estratégica para melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários (COSTA, 1997, p. 28).

Nesse contexto, Costa (1997) explana que os assistentes sociais, historicamente reconhecidos como profissionais de saúde dedicados às questões relacionadas à humanização do atendimento, são inicialmente chamados a desenvolver estratégias e a articular iniciativas para promover atividades voltadas para o trabalho interdisciplinar de humanização. Além disso, são convidados a integrar os grupos de humanização dos

hospitais, desempenhando um papel crucial na busca por práticas mais humanizadas no ambiente de saúde. Mais recentemente, esses grupos têm sido denominados comitês de humanização.

A autora relata também que, incentivando sua formação em todas as secretarias de saúde e unidades de saúde. Além disso, os assistentes sociais têm sido convocados para colaborar no processo de criação e implantação das ouvidorias. Em casos, são de forma convidados a participar e assumir o cargo de ouvidores e desse modo, a integrar equipes que tem responsabilidade pela elaboração, de ideias e projetos de qualificação. Eles também são encarregados de articular outras iniciativas que possibilitem oportunidades de discussão sobre o tema da humanização e de trabalhar para ampliar a adesão dos diversos profissionais que compõem a equipe de saúde.

## 5- Considerações finais

O propósito primordial deste estudo consistiu em uma análise aprofundada do papel desempenhado pelo assistente social no contexto da saúde, com um enfoque especial na implementação da Política Nacional de Saúde. Além disso, procurou-se examinar como a crise econômica impactou diretamente essa política de saúde, destacando-se os desafios e obstáculos enfrentados. O trabalho também se dedicou a delinear as responsabilidades e habilidades profissionais do assistente social que se alinham com os objetivos da referida política, reconhecendo que a efetivação desses objetivos está intrinsecamente ligada às circunstâncias e perspectivas presentes no cotidiano das instituições de saúde.

Esse estudo tem a perspectiva de análise de forma sucinta da construção e desenvolvimento em meio a Política Nacional de Saúde no nosso país, de sua construção em meio a forma de colonização em meados dos anos de 1800, até meados dos anos 2000, em meio ao início do governo de Inacio Lula da Silva. Desse modo, passamos também pela República Velha, (1889-1930), relatando também a Era Vargas que ocorre em meio à (1930-1964). Sendo discutida também a política de saúde em meio ao autoritarismo, ou mais conhecido como período de Ditadura Militar, nos anos de (1964- 1984), até chegar em meio à Nova forma de República, em 1985.

A introdução do Sistema Único de Saúde (SUS) representou um marco crucial na política de saúde do Brasil, inaugurando um modelo assistencial que se destacava significativamente das práticas vigentes entre 1930 e 1990. O advento do SUS promoveu uma mudança paradigmática, orientando as práticas de saúde por uma concepção holística e abrangente, que reconhece os determinantes sociais da saúde e sua inter-relação com a prevenção, promoção, reabilitação e cura. Este novo enfoque trouxe consigo uma visão mais ampla e inclusiva da saúde, que visa não apenas tratar doenças, mas também promover o bem-estar e a qualidade de vida de toda a população brasileira.

Os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) foram delineados a partir das iniciativas do Movimento Social pela Reforma Sanitária, cuja influência se fez notar de forma significativa do final dos anos 1970 até os anos 1980. Este movimento incorporou valores essenciais como democracia, participação social, descentralização, integralidade, universalidade e equidade no contexto da saúde pública. Assim, o SUS emergiu como uma proposta alinhada com as demandas, aspirações e necessidades coletivas da sociedade brasileira, representando um compromisso com a promoção da justiça social e da equidade no acesso aos serviços de saúde.

Dessa forma, o caráter e perspectiva neoliberal, que tinha como base a ideia de privatização e como maior ponto, o gerar lucro, em meio às épocas de 1990, que atuava de forma direta ao SUS, dificultando assim a sua ideia de implementação. Logo, podemos salientar também, de modo geral, todos os projetos que se chocavam em meio a essa época, sendo eles a Reforma Sanitária e o Projeto Privatista. Assim, a reforma sanitária que buscava melhores condições de saúde pública e, por outro lado, o projeto privatista, que possuía a forma sem gerar lucro e diminuir direitos sociais para os cidadãos. Sendo dessa maneira, é complicado ao SUS se estabelecer, mesmo depois da constituição de 1988.

Em destaque também, ao analisar e entender o Serviço Social, em meio a seu surgimento, até se estabelecer como profissional regulamentado, possuindo dessa maneira um Código de Ética Profissional, o qual irá, desse modo, orientar as ações do profissional em meio a sua atuação. Podemos salientar, que o Assistente Social, a qual tem um texto próprio do Conselho Federal de Serviço Social, “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, sendo de extrema importância a todos os mesmos profissionais que atua diretamente na política de saúde, assim, o texto sendo importante também para a escrita desse trabalho.

A compreensão detalhada dessas atribuições da profissão em meio a política de saúde é de extrema importância para evitar práticas com caráter conservador ou assumir responsabilidades que não se enquadram no escopo da profissão do Assistente Social. É essencial que todos os profissionais da saúde reconheçam claramente suas atribuições específicas, garantindo que não sejam designadas funções que ultrapassem sua competência profissional. Isso não apenas assegura a eficácia do trabalho realizado, mas também contribui para uma atuação mais assertiva e colaborativa dentro da equipe multidisciplinar, promovendo, assim, uma abordagem integral e eficiente no atendimento às necessidades dos usuários do sistema de saúde.

Contudo, esse trabalho discute e relata algumas experiências de estágio curricular, em meio a campo de um Hospital Regional, que foram de extrema importância para a exploração dessa temática. Sendo assim, como foi relatado no decorrer do texto, a ideia é mostrar a realidade do assistente social. Entender os principais desafios expostos à profissão em meio à prática profissional na política de saúde, com foco na esfera hospitalar. Assim, relatar e demonstrar como o assistente social tem um papel de extrema relevância, em meio a garantir a saúde como direito social do cidadão.

Este trabalho destaca a realidade da inserção profissional no campo da saúde, evidenciando os desafios enfrentados pelos profissionais do Serviço Social. Além disso,

ressaltam-se as lutas dos movimentos sociais e dos trabalhadores em busca de uma política de saúde de qualidade e acesso universal, historicamente negligenciada pelo Estado. Portanto, é fundamental refletir constantemente sobre as discussões apresentadas aqui, a fim de não esquecer que o Sistema Único de Saúde foi conquistado por meio de intensas lutas da classe trabalhadora, possibilitando o acesso à saúde para as classes subalternas, algo que não era viável antes da Constituição Federal de 1988.

Dessa forma, é plausível afirmar que o Serviço Social desempenha um papel significativo na promoção do direito à saúde, apesar de encontrar obstáculos decorrentes da maneira como os profissionais lidam com os desafios, das particularidades das situações emergenciais e das contradições presentes na política de saúde do Brasil, considerando notadamente o modelo hegemônico de saúde alinhado à perspectiva privatista. Cabe aos assistentes sociais enfrentar esses desafios, desenvolvendo perspectivas e possibilidades a partir de sua experiência profissional cotidiana.

Por fim, ao estudar e observar toda a atuação do Serviço Social, vemos todas as dificuldades em meio à forma de trabalho profissional. Logo, a atuação do assistente social na defesa das políticas públicas de saúde é fundamental para assegurar os direitos sociais e fortalecer a participação social, bem como para apoiar as lutas dos diversos sujeitos sociais. Além disso, o seu trabalho é essencial para viabilizar o pleno funcionamento e a efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo assim para a promoção da saúde e o bem-estar da população. Ao engajar-se nessas frentes, o assistente social atua como um agente de transformação social, buscando garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde e promovendo a justiça social em todos os níveis do sistema de saúde.

## 6. REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011

BRASIL. **Resolução N° 510**, de 07 de abril de 2016. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério Saúde, 2000.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. **CFESS. Conselho Federal de Serviço Social.(Org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CEAD/Ed. UnB, p. 19, 2009. Disponível em: [https://www.academia.edu/download/52436339/seguridade ;social no brasil conquist as e limites a sua efetivacao - boschetti.pdf](https://www.academia.edu/download/52436339/seguridade_social_no_brasil_conquistas_e_limites_a_sua_efetivacao_-_boschetti.pdf) , Acesso em: 10 de abril de 2024, as 12:55.

BRAVO, Inês Souza Bravo, and MATOS, Maurílio Castro. “**Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**”, CRESS? 2006?. Disponível em: <https://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf>, acesso em: 28 de outubro de 2023, as 11:06.

**BRAVO, Maria Inês Souza, Política de Saúde no Brasil**, 2006. Acesso em: 29/02/2024, disponível em: [http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica\\_de\\_Saude\\_no\\_Brasil\\_Ines\\_Bravo.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo.pdf), acesso em: 10 de março de 2024, as 15:55.

**BRAVO, Maria Inês Souza, Saúde e Serviço Social no Capitalismo**, 2013, São Paulo.

BRAVO, Maria Inês Souza, “**Saúde e Serviço Social no Capitalismo Fundamentos Sócio-históricos**”, ZOBOCO.Com, 2013. Disponível em: <https://zoboko.com/book/enep1lm6/saude-e-servio-social-no-capitalismo-fundamentos-socio-historicos>, Acesso: 17:30, dia 26 de outubro de 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza, PELAEZ, Elaine Junger “**A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. SER SOCIAL**”, 2020. Disponível em: [https://www.periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25630](https://www.periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630) , Acesso: 22 de setembro de 2023, as 20:00 horas.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. Cortez Editora, 2016. Disponível em:

[https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=RxWaBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=BRAVO,+Maria+In%C3%AAs+So+uza.+Sa%C3%BAde+e+servi%C3%A7o+social+no+capitalismo:+fundamentos+s%C3%B3cio-hist%C3%B3ricos&ots=dYTNE4qIX\\_&sig=YF78R-C28r1qwOZ9xul8o6LRroM](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=RxWaBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=BRAVO,+Maria+In%C3%AAs+So+uza.+Sa%C3%BAde+e+servi%C3%A7o+social+no+capitalismo:+fundamentos+s%C3%B3cio-hist%C3%B3ricos&ots=dYTNE4qIX_&sig=YF78R-C28r1qwOZ9xul8o6LRroM) , acesso em: 23 de março de 2024, as 16:55.

BRAZ. Marcelo. Notas sobre o Projeto ético- político da profissão. In: CRESS/ 7<sup>a</sup>. região. **Assistente Social: ética e direitos**. Rio de Janeiro, CRESS/ 7<sup>a</sup>. Região, 2005.

Conselho Federal de Serviço Social, “**Código de Ética do Assistente Social Resolução CFESS n. 273**”, CFESS, 1993. Disponível em: [https://arquivos.mppb.mp.br/psicosocial/servico\\_social/codigo\\_etica\\_ss.pdf](https://arquivos.mppb.mp.br/psicosocial/servico_social/codigo_etica_ss.pdf), acesso: dia 04 de novembro de 2023, as 09:38.

Conselho Federal de Serviço Social, “**Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**”, CFESS, 2000. Disponível em: [https://www.cress-sc.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](https://www.cress-sc.org.br/arquivos/Parametros_para_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf), Acesso em: 31 de outubro de 2023, as 09:55.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, “**Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.**” CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf) Acesso: 21 de outubro de 2023, as 10,49 horas.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, **RESOLUÇÃO CNS Nº 410**, DE 12 DE FEVEREIRO DE 2009.

COSTA, Danielle Lima, “**A política nacional de saúde: o assistente social e os desafios de uma ação interdisciplinar**”, Âmbito Jurídico, 2017. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-161/a-politica-nacional-de-saude-o-assistente-social-e-os-desafios-de-uma-acao-interdisciplinar/> , Acesso em: 27 de outubro de 2023, as 11:28.  
Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18662.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18662.htm) , acesso: 17:34, 24 de outubro de 2023.

COSTA, Maria Dalva Horácio. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. Serviço Social e Sociedade**. Brasília: CNS, 1997.

DE SOUZA GUEDES, Olegna. Expressões do conservadorismo nos códigos de ética dos assistentes sociais de 1947e 1965/Expressions of conservatism in the social workers codes of ethics of 1947 and 1965. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 15, n. 1, p. 43-58, 2016. Disponível em:

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/24058>, acesso em: 10 de março de 2024, as 17:01.

EBSERH. Hospital de Clínicas UFTM. Procedimento Operacional Padrão - Unidade de Atenção Psicossocial/02/2019 Atendimento em Sala de Espera das Unidades de Terapia Intensiva Versão 1.0. (2019). Disponível em: . Acessado em: 3 set. 2019

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Instituto do Coração, Demanda espontânea: Situações Sociais encaminhadas pela Equipe Multiprofissional, Departamento de Serviço Social, (2014).

**GUERRA, Yolanda Aparecida Demetrio, et al. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, DEMANDAS E REQUISIÇÕES: o trabalho do assistente social em debate**, ABEPSS, 2016. Disponível em: <https://www.cressmt.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Guerra-e-outros.pdf>, acesso: 16:52, dia 26 de outubro de 2023.

**IAMAMOTO, Marilda, CARVALHO, Raul, “Relações sociais e serviço social no Brasil : esboço de uma interpretação histórico-metodológica”, UnB, 2005.** Disponível em: <https://bds.unb.br/handle/123456789/254> , acesso: 18:38, dia 24 de outubro de 2023.

IAMAMOTO, Marilda Villela et al. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS**, p. 341-376, 2009. Disponível em: <https://www.cressmt.org.br/wp-content/uploads/2018/08/lamamoto.pdf>, acesso em: 30 de março de 2024, as 09:10.

LIPPEL, Alexandre Gonçalves. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988: caracterização e efetividade. **Revista de Doutrina da 4ª Região, Porto Alegre**, n. 1, 2004. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/16050239.pdf>, acesso em: 25 de março de 2024, as 10:50.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social & Sociedade**, p. 497-508, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/9SbgQxd7Wm6WLGyQ9R5WbYn/>, acesso em: 12 de março de 2024, as 08:45.

MARX, Karl. **O capital**. v. 1. ed. São Paulo, Nova Cultural, 1988a.

Ministério de Saúde, **O que é Atenção Primária?**, GOV.br. disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/o-que-e-atencao-primaria> , acesso em: 10 de abril de 2024, as 17:03.

MIOTO, Regina Célia Tamasso, and Vera Maria Ribeiro NOGUEIRA. "**Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde.** \_In: **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional.**" Serviço Social e Saúde. (2006). Disponível em: [https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/1379620/mod\\_resource/content/1/Vera%20e%20Mioto%20planejamento%20e%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20sa%C3%BAde.pdf](https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/1379620/mod_resource/content/1/Vera%20e%20Mioto%20planejamento%20e%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20sa%C3%BAde.pdf), Acesso em: 30 outubro de 2023, 10:47 horas.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro, MIOTO, Regina Célia Tamasso. "**Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais**", Slideshare, 2015. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/isabelamaral56/desafios-atuais-do-sistema-nico-de-sade-sus-e-as-exigencias-para-os-assistentes-sociais>, acesso 18:46 horas, dia 20 de outubro de 2023.

OLIVEIRA, Patrícia Araújo, and KAHHALE, Edna Maria Severino Peters. "**Uma história do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a participação do psicólogo e possibilidades de atuação**", POPSIC, 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2020000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100010), Acesso em: 26 outubro de 2023, as 18:08.

OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA FLEURY, S.M. (Im) **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986  
PLANALTO, "**LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006**", 2006. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm), Acesso em: 04 de novembro de 2023, as 12:51.

Presidência da República, Casa Civil "**LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.**", 1990, Planalto. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm), acesso: as 17:00, 23 de outubro de 2023.

Presidência da República, Casa Civil "**LEI Nº 8.662, DE 7 DE JUNHO DE 1993.**", 1993, Planalto. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8662.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm), acesso: 17:34, 24 de outubro de 2023.

**Ponte, Carlos Fidelis da, José Roberto Franco Reis, and Cristina MO Fonseca.** "Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes?." EPSJV, 2010. Acesso: 14:04, 08.03.2024, disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39885/Na+Corda+Bamba+de+Sombri+ha++Sa%C3%BAde+p%C3%BAblica+e+medicina+previdenci%C3%A1ria.pdf?sequence=2>

SILVA, Jackeline Araujo. O código de Ética do/a assistente social e o Projeto Ético-Político: Uma trajetória histórica de mudanças. **Seminário de Serviço social, Trabalho e Política Social. Florionópolis SC-27 a**, v. 29, 2017. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/132253845.pdf>, acesso em: 20 de março de 2024, as 16:40.

VASCONCELOS, Ana Maria, “**Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde, scribd, 2006.**” Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/129144195/Servico-Social-e-Praticas-Democraticas-na-Saude> , Acesso: 21 de junho 2023, as 19:52

VIANA, Nildo. A teoria da população em Marx. **Boletim goiano de Geografia**, v. 26, n. 2, p. 88-102, 2006.

VENCIO, Laura Maria Araujo et al. Procedimento Operacional Padrão (POP) em Serviço Social: um relato de experiência na UTI Adulto. 2020.