



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**ANA CARLA GRIGORIO SILVA GOMES
BRUNO PEREIRA DE SANTANA**

**A INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL FRENTE ÀS EXPRESSÕES DA
QUESTÃO SOCIAL NA POLÍTICA DA SAÚDE**

**JOÃO PESSOA - PB
2020**

**ANA CARLA GRIGORIO SILVA GOMES
BRUNO PEREIRA DE SANTANA**

**A INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL FRENTE ÀS EXPRESSÕES DA
QUESTÃO SOCIAL NA POLÍTICA DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Departamento de Serviço
Social (DSS) da Universidade Federal da
Paraíba (UFPB) como requisito obrigatório
para a obtenção do título de Bacharel em
Serviço Social.

Orientador: Dr. Emanuel Luiz Pereira da
Silva

**JOÃO PESSOA - PB
2020**

**ANA CARLA GRIGORIO SILVA GOMES
BRUNO PEREIRA DE SANTANA**

**A INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL FRENTE ÀS EXPRESSÕES DA
QUESTÃO SOCIAL NA POLÍTICA DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Serviço Social (DSS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) como requisito obrigatório para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA

**Dr. Emanuel Luiz Pereira da Silva
Orientador**

**Profa. Dra. Almira Almeida Cavalcanti
Membro da Banca**

**Esp. José Marcelo dos Anjos Souza
Membro Convidado**

**JOÃO PESSOA - PB
2020**

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a todos aqueles que acreditaram e que duvidaram de nós; aos que acreditaram na nossa capacidade e de chegar no fim da jornada; aos que não acreditaram, simplesmente por não acreditarem na força que tínhamos para vencer todos os obstáculos que surgiram ao longo do caminho. Aos nossos professores, aos nossos amigos, aos nossos amores.

AGRADECIMENTOS (BRUNO)

Agradeço primeiramente a Deus por renovar minhas forças a cada dia para enfrentar os obstáculos que foram vencidos durante essa jornada e por me conceder a benção de concluir mais essa etapa de minha vida.

À minha esposa Sheila Marques e meus filhos Brunno Miguel e Brunna Mikaelle por estarem ao meu lado em todos os momentos dessa jornada, me auxiliando e relevando os momentos de ausência e por não me deixarem desistir do sonho de chegar a esse momento tão esperado.

À minha família, em especial aos meus pais e meus irmãos, que sem medir esforços se dedicaram para que eu pudesse alcançar novos horizontes e me tornar um pai de família dedicado, um profissional que ama o que faz e acima de tudo um homem de caráter.

Aos meus amigos que a UFPB me deu, Ana Carla Grigorio e Filipe Erick.

À Universidade Federal da Paraíba, por abrir suas portas para que eu pudesse ser transformado pelo conhecimento.

Aos professores, que sem medir esforços, transmitiram todo seu conhecimento e me guiaram nessa jornada, que com certeza deixaram suas marcas em minha vida.

Aos preceptores de estágio supervisionado José Marcelo dos Anjos Souza e Ivoneide Pontes Pinheiro (Neidinha), por todo conhecimento transmitido;

Por fim, mas não menos importante a todos os meus colegas e parceiros que compartilharam dessa jornada.

Obrigado a todos!

AGRADECIMENTOS (ANA CARLA)

A Deus, pela força e inspiração para escrever cada página deste trabalho, por sustentar meus passos nesta longa caminhada, por já ter escrito cada um dos meus dias, quando nenhum deles sequer existia.

Aos meus pais, pelo esforço e suor derramado todos os dias, que me permitiram chegar até aqui e concretizar os nossos sonhos.

Aos meus irmãos, Renata e Rafael, e meus cunhados, Wanderson e Cristinny Ricelly, pelo apoio e entusiasmo demonstrados ao longo destes anos de graduação.

Aos meus amigos “da UFPB para a vida”, Filipe Erick e Bruno Santana, presente que Deus colocou na minha vida para me ensinar, na prática, que todas as coisas cooperam para o bem daqueles que amam a Deus;

Ao meu orientador, Dr. Emanuel Luiz Pereira da Silva, pela paciência apoio dedicado ao longo deste período.

Aos preceptores de estágio supervisionado José Marcelo dos Anjos Souza e Ivoneide Pontes Pinheiro (Neidinha), por todo conhecimento transmitido e por fazer com que eu tenha ainda mais convicção da carreira que eu escolhi;

A todos aqueles que acreditaram em mim, porque sempre me deram apoio, e àqueles que não acreditaram em mim, me achando incapaz, porque foi a incredulidade destes que me motivou a lutar para provar que eu conseguiria vencer mais uma etapa da minha vida.

A todos os professores do curso de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, por seu trabalho e dedicação em transmitir o conhecimento no Serviço Social, pois cada um deles contribuiu com o surgimento deste TCC.

À Universidade Federal da Paraíba, por ter me proporcionado muitas experiências e aprendizado ao longo destes anos.

RESUMO

O presente trabalho busca apresentar a instrumentalidade do assistente social frente às expressões da questão social na política da saúde. Entende-se que a instrumentalidade do assistente social, que é a categoria profissional que tem sua utilidade social expressa a partir do momento em que responde às necessidades das classes sociais, que se transformam através de mediações, e adquire espaço sócio-ocupacional por meio das políticas e serviços sociais, que correspondem à sua esfera de atuação, advém da própria necessidade social, ou seja, enquanto houver expressões da questão social, haverá espaço para a atuação profissional do assistente social. Especialmente tratando da política de saúde, percebe-se que há inúmeras manifestações das expressões da questão social, que conecta a política da saúde a outras políticas sociais, como previdência e assistência. O presente trabalho estrutura-se em três capítulos, onde no primeiro capítulo tratamos da política de saúde e o serviço social brasileiro, perpassando pelas mudanças ocorridas na década de 1980 tanto na política da saúde, como no seio do serviço social; no segundo capítulo tratamos da instrumentalidade do Assistente Social na política da saúde, onde buscou-se apresentar a função social da profissão e seu significado na saúde; no terceiro capítulo, tratamos da prática profissional do Serviço Social e suas dimensões técnico-operativa, ético-política e teórico-metodológica e, por fim, foi apresentada a experiência do estágio supervisionado na saúde, realizado no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga. Para tanto, utilizamos como método de pesquisa a pesquisa bibliográfica, realizando a leitura de artigos científicos, livros, sites acadêmicos, de maneira a enriquecer o trabalho em tela. Diante do que fora tratado, o que se pôde concluir é que o assistente social é um profissional de grande importância e funcionalidade na política da saúde, por ser aquele que conecta o usuário à garantia dos seus direitos. É o assistente social quem faz este direcionamento, viabilizando assim o exercício da sua cidadania.

Palavras-chave: Instrumentalidade. Política da Saúde. Atuação Profissional.

ABSTRACT

This work seeks to show the instrumentality of the social worker in the face of the expressions of the social issue in health policy. It is understood that the instrumentality of the social worker, which is the professional category that has its social utility expressed from the moment it responds to the needs of the social classes, which are transformed through mediations, and acquire socio-occupational space through the social policies and services, which correspond to their sphere of action, come from the social need itself, that is, as long as there are expressions of the social issue, there will be space for the professional performance of the social worker. Especially when dealing with health policy, it is clear that there are numerous expressions of the expressions of the social issue, which connects health policy to other social policies, such as social security and assistance. The present work is structured in three chapters, where in the first chapter we deal with health policy and Brazilian social service, going through the changes that occurred in the 1980s both in health policy and in the midst of social service; in the second chapter we deal with the instrumentality of the Social Worker in health policy, where we sought to present the social function of the profession and its meaning in health; in the third chapter, we deal with the professional practice of Social Work and its technical-operative, ethical-political and theoretical-methodological dimensions and, finally, the experience of the supervised internship in health, carried out at the Dr. Clementino Hospital Complex for Infectious Diseases Fraga. For this purpose, we use bibliographic research as a research method, reading scientific articles, books, academic websites, in order to enrich the work on screen. In view of what had been treated, what could be concluded is that the social worker is a professional of great importance and functionality in health policy, as he is the one who connects the user to the guarantee of their rights. It is the social worker who makes this direction, thus enabling the exercise of their citizenship.

Keywords: Instrumentality. Health Policy. Professional Practice

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
JUSTIFICATIVA.....	11
OBJETIVOS.....	12
Objetivo Geral.....	12
Objetivos Específicos.....	12
1 POLÍTICA DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO.....	13
1.1 O SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO E A POLÍTICA DE SAÚDE PÓS CF/88..	14
1.1.1 A Efervescência do Serviço Social na Década de 1980.....	16
1.1.2 Demandas Emergentes por Saúde Pública.....	18
1.1.3 A Reforma Sanitária no Brasil.....	19
1.2 CONCEPÇÕES DE POLÍTICA DE SAÚDE NO ESPAÇO PÚBLICO.....	21
1.3 PARÂMETROS DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA SAÚDE.....	23
1.4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	25
1.5 O SERVIÇO SOCIAL NA PARAÍBA.....	26
1.5.1 O Serviço de Saúde: Uma Realidade em Movimento na Instituição CHCF.....	26
2 A INSTRUMENTALIDADE DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	30
2.1 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A FUNÇÃO SOCIAL DA PROFISSÃO E SEUS SIGNIFICADOS NA SAÚDE.....	30
2.2 A PRÁTICA PROFISSIONAL NO SERVIÇO SOCIAL: AS DIMENSÕES TÉCNICO-OPERATIVA, ÉTICO-POLÍTICA E METODOLÓGICA.....	33
2.2.1 A Dimensão Técnico-Operativa.....	35
2.2.2 A Dimensão Ético-Política.....	35
2.2.3 A Dimensão Teórico-Metodológica.....	35
3 ESTÁGIO SUPERVISIONADO NO CHCF.....	36
3.1 A INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL ENQUANTO MATERIALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL.....	37
3.2 COTIDIANO, PERCEPÇÕES E INSTRUMENTOS.....	37
3.3 INSTRUMENTAIS TÉCNICO-OPERATIVOS NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	41

INTRODUÇÃO

Aos profissionais de Serviço Social pode-se apontar a responsabilidade para efetivação da ética e ação profissional, que proporcionam ao usuário do serviço a execução de um tratamento adequado, bem como lhe fornecendo a dignidade humana em ambiente onde o mesmo sente-se discriminado devido à doença ser considerada um estigma excludente, em contradição aos olhares de piedade, que não mudam o fato do afastamento ao meio social e exclusão na coletividade.

O presente trabalho é fruto da experiência vivida ao longo do estágio supervisionado no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr Clementino Fraga – CHCF, quando percebemos, ao observarmos os usuários acolhidos para atendimento na instituição, haver certa ausência de espaço para captação de informações pertinentes acerca da vida social do paciente que está sendo recebido para tratamento. Dessa forma, fomos motivados construir como objeto de intervenção uma proposta de atualização da ficha social, buscando o fortalecimento da equipe multiprofissional e dos seus respectivos usuários, na tentativa de otimizar o processo de conhecimento do indivíduo, e desenvolver o melhor caminho para o desenvolvimento de uma ação interventiva frente ao usuário.

Na Instituição CHCF, os instrumentais empregados na assistência aos usuários/pacientes, são padronizados no POP (Procedimento Operacional Padrão) que é atualizado e revisado anualmente mediante equipe multiprofissional, da qual, no corrente ano foi formada por Assistente Social, Enfermeiro, Psicólogo e Médico, como forma de garantir a melhor assistência.

Ao nos depararmos com este instrumento e correlacionarmos com o nosso dia-dia de estágio nota-se que o uso do instrumental Ficha Social é de suma importância e que no cotidiano não tem sido utilizado em sua totalidade como forma de garantia de direitos para os Usuários.

Além disso, percebemos a importância da instrumentalidade do profissional assistente social não apenas como agente facilitador para a garantia de direitos dos usuários, mas também como importante peça dentro da equipe multiprofissional na qual está inserido dentro do hospital.

Sobre a importância do assistente social, Yazbek (2009, p. 5) entende que:

Assim, podemos afirmar que o Serviço Social participa tanto do processo de reprodução dos interesses de preservação do capital, quanto das respostas às necessidades de sobrevivência dos que vivem do trabalho. Não se trata

de uma dicotomia, mas do fato de que ele não pode eliminar essa polarização de seu trabalho, uma vez que as classes sociais e seus interesses só existem em relação. Relação que, como já afirmamos, é essencialmente contraditória e na qual o mesmo movimento que permite a reprodução e a continuidade da sociedade de classes cria as possibilidades de sua transformação.

É dentro desta perspectiva acerca da importância e instrumentalidade do profissional de serviço social que partiremos para melhor elucidação da temática em tela, tal seja, a instrumentalidade do assistente social na política de saúde. Iremos discutir o papel do assistente social frente à política de saúde e em suas dimensões técnico-operativa, ético-política e metodológica e, finalmente, apresentaremos a experiência do estágio supervisionado na área da saúde, especificamente no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga (CHCF).

Para tanto, utilizamos a pesquisa bibliográfica, realizando a leitura de artigos científicos, livros, *sites* acadêmicos, de maneira a enriquecer o trabalho em tela.

JUSTIFICATIVA

O objeto deste trabalho foi constituído mediante vivência no ambiente de estágio curricular obrigatório no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga – CHCF, inserido na política da saúde, onde foi possível analisar e vivenciar o papel dos instrumentos técnico-operativos no dia-a-dia do Assistente Social, onde tal instrumental possibilita a viabilização do planejamento e execução das ações no cotidiano profissional.

Na rotina cotidiana do profissional, especialmente do profissional que atua na Política de Saúde, percebeu-se que a utilização de instrumentos técnico-operativos é de grande importância para o desenvolvimento das estratégias de atuação diante de cada usuário da unidade de saúde em que este assistente social atua. Frente a isso, alguns instrumentais têm seu uso mais frequente, como a Ficha Social, onde são registradas importantes informações do usuário, desde o endereço até observações referentes ao uso de substância químicas lícitas (álcool e cigarros) e ilícitas (drogas ilícitas).

OBJETIVOS

Objetivo Geral

O presente trabalho tem por finalidade apresentar a instrumentalidade do assistente social frente às expressões da questão social na política da saúde.

Objetivos Específicos

- Apresentar a Política de Saúde e o Serviço Social Brasileiro, bem como suas especificidades em âmbito nacional e estadual;
- Elucidar a instrumentalidade do profissional assistente social frente à política de saúde e em suas dimensões técnico-operativa, ético-política e teórico-metodológica;
- Apresentar a experiência do estágio supervisionado na área da saúde, especificamente no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga (CHCF).

1 POLÍTICA DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO

No século XX pode-se destacar a Reforma Carlos Chagas, de 1923, onde se tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do Estado, 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. Neste mesmo período, se destacam os acontecimentos existentes com relação às questões de higiene e saúde do trabalhador, como a Lei Elói Chaves, criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) com benefícios proporcionais às contribuições e que assegurava assistência médica-curativa, fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Com o processo de industrialização da década de 1930, surge a redefinição do papel do Estado, com a criação das políticas sociais além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores. As características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. O enfrentamento da questão social em geral e a da saúde em particular tornaram-se questões políticas, e sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação.

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo.

A medicina previdenciária, que surgiu na década de 30, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), alocava um número maior de categorias de trabalhadores urbanos como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla.

No período de que contempla o recorte de 1964 a 1974, a Ditadura Militar, o enfrentamento da “questão social” se deu pelo Estado por intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade como também servir de mecanismo de acumulação do capital.

A promulgação do Decreto-Lei nº 200 em 1967 estabeleceu as competências do Ministério da Saúde: formulação e coordenação da política nacional de saúde, responsabilidade pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas de modo geral, controle drogas, medicamentos e alimentos, e pesquisa médico-sanitária.

Em 1970 foi criada a SUCAM (Superintendência de Campanhas da Saúde Pública), que tinha como finalidade executar as atividades de erradicação e controle de endemias, bem como a erradicação da malária.

Em 1975, o Sistema Nacional de Saúde foi criado, mas não saiu do papel. Esse sistema estabelecia, de maneira sistemática, o campo de ação na área de saúde dos setores públicos e privados, visando o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Além disso, este documento

reconhece e oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde. No entanto, o governo federal destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde, que dessa forma foi incapaz de desenvolver as ações de saúde pública propostas, o que significou na prática uma clara opção pela medicina curativa, que era mais cara e que no entanto, contava com recursos garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o INPS. Concluindo, podemos afirmar que o Ministério da Saúde tornou-se muito mais um órgão burocrato-normativo do que um órgão executivo de política de saúde. (POLIGNANO, [entre 1999 e 2012], p. 16).

Utilizando-se das recomendações internacionais como referência, e diante da necessidade de expansão da cobertura, foi iniciado em 1976 o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

1.1 O SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO E A POLÍTICA DE SAÚDE PÓS CF/88

A Política de Saúde no Brasil tem percorrido, ao longo da história, um árduo caminho de conquistas e lutas, reivindicações e afirmações históricas. Esse percurso de evolução histórica tem relação direta com a evolução político-social brasileira. O processo evolutivo brasileiro sempre obedeceu aos ditames do avanço do capitalismo. Vale ressaltar que a saúde, enquanto política social, nunca esteve entre as prioridades, sendo deixada de lado em detrimento da dinâmica dos recursos destinado à saúde (POLIGNANO, 2010).

Em meados da década de 1980, o Sistema Único de Saúde (SUS) buscou consolidar seu processo de expansão da cobertura assistencialista, conforme as

proposições da Organização Mundial da Saúde (OMS) elaboradas na Conferência Alma-Ata, de 1978. Paralelamente, teve início o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRS), composto inicialmente por intelectuais universitários e profissionais da saúde. Este movimento preconizava a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, onde fosse considerada a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para tal reforma (NOVO et al, 2019).

Em 1983, foi criado a AIS (Ações Integradas de Saúde), que visava por em prática um novo modelo assistencial, integrando ações curativas e preventivas. Nesse mesmo período, teve início a transição democrática, iniciando com as eleições diretas para governadores (POLIGNANO, 2010).

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada o marco histórico da política nacional de saúde, onde foram consagrados os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária. Em 1987 foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que veio consolidar as AIS, que adotou como diretrizes a universalização, equidade no acesso aos serviços, integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde, implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma nova política de recursos humanos (NOVO et al, 2019).

Com a nova Constituição Federal, promulgada em 05 de outubro de 1988, surgiu o SUS, o qual foi regulamentado pela Lei nº 8.080/90. É definido no art. 4º da referida lei como “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (NOVO et al, 2019).

Para Novo et al (2019),

No contexto brasileiro, o direito à saúde foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária, refletindo na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, cujo artigo 196 dispõe que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

Para Sodré (2014, p. 70), a implantação do Sistema Único de Saúde trouxe desafios para a prática profissional nos serviços de saúde no Brasil. Com o processo de reordenação dos serviços requereu a inserção de atividades de vigilância

epidemiológica e sanitária, com a produção de informações e o mapeamento da população quanto ao perfil de morbimortalidade. Nessa ótica, na atenção primária à saúde, esse processo significou o maior investimento em ações preventivas de doenças e promoção da saúde.

O Serviço Social tem na política de saúde um vasto campo de trabalho mesmo não compactuando diretamente com o modelo de atenção à saúde centrado modelo biomédico, centrado na doença, campo conservador, onde os mesmos ainda têm uma certa dificuldade de incorporar a análise dos determinantes sociais no processo saúde-doença. Estas características não são distantes quando se está inserido nesse cotidiano, e o assistente social não está imune de enfrentar esses rebatimentos em seus atendimentos e no contato com a equipe multiprofissional.

1.1.1 A Efervescência do Serviço Social na Década de 1980

A década de 1980 foi um marco para o Serviço Social brasileiro. O marco para a profissão foi o Congresso da Virada, em 1986, onde o Serviço Social rompeu com o conservadorismo e o Estado e passa a ser uma profissão interventiva e transformadora. O processo de renovação pelo qual passou, na seara da sua natureza e funcionalidade, o Serviço Social passou por importantes mudanças em suas demandas práticas. Seu conjunto de profissionais, referenciais teórico-culturais e ideológicos sofreram profundo redimensionamento, em uma nova forma de rearranjo da sua estrutura. Este novo formato é o resultado dos processos que o Serviço Social já vinha passando ao longo das décadas de 1960 e 1970, desembocando em uma nova diferenciação e redefinição profissionais jamais vistos nesse contexto de renovação, no qual se estruturou sua mudança, continuidade e intenção de ruptura (NETTO, 2005).

De acordo com Bourguignon (2007), as décadas de 1980 e 1990 foram marcantes no desenvolvimento do Serviço Social nas suas várias esferas de atuação, assim como em seu processo de constituição e consolidação enquanto espaço de produção de conhecimento em sua própria seara e frente às demais áreas do conhecimento. Ainda em conformidade com a autora,

A partir da década de 1980, institui-se, de modo mais sistemático, o debate acadêmico do Serviço Social, marcando um processo de ruptura com o conservadorismo presente na constituição da profissão. Durante esta

década, o processo de rompimento com o conservadorismo gerou no interior da profissão uma cultura que reconhece a pluralidade teórico-metodológica, no entanto, fortalece a orientação marxista como direção hegemônica para o projeto ético-político profissional. Esta orientação coloca como valor central os princípios de democracia, liberdade, justiça social e dignidade humana, definidos e explicitados no Código de Ética de 1993 (BRASIL, 1997), marco significativo para a profissão nos anos 90 (BOURGUIGNON, 2007, p. 47).

Este processo de ruptura com o conservadorismo foi fundamental para o avanço do serviço social enquanto profissão autônoma e plural. É neste processo de ruptura que o serviço social encontra-se consigo mesmo, buscando novas bases para melhor compreender sua história, bem assim as particularidades de sua prática em meio à sociedade, no que tange às relações sociais e de classe. É então que o serviço social vem posicionando-se frente à complexidade das demandas sociais no seio da sociedade.

Segundo Silva (2019, p. 4),

[...] na década de 1980 - momento histórico de consolidação do processo de Renovação do Serviço Social – está evidente nos cadernos da ABESS/ABEPSS de 1986 a 1993, aquela preocupação e inquietação da categoria profissional e dos pesquisadores com a questão da teoria, método e metodologia no Serviço Social. Por isso, debruçaram-se em debates constantes tencionando compreender esta questão, bem como sobre o processo de produção do conhecimento científico e a formação profissional.

Como é possível perceber, a década de 1980 foi um momento de efervescência do serviço social. As mudanças mais profundas e as grandes inquietações desta categoria profissional levaram a vários debates que converteram-se em produção de conhecimento científico.

Bourguignon (2007) traz à lume questões enfrentadas pelo serviço social no tocante às políticas sociais, sobretudo na área da seguridade social, com a tríade saúde, assistência e previdência social, e também na área do trabalho, configurando-se como principais pontos de debates da profissão, o que levou à produção acadêmica, que também ensejou ações profissionais em tais áreas. Compreendemos, assim, que estas questões de debates foram importantes para que o serviço social enfrentasse, até os dias atuais, ante a sociedade civil organizada, desafios e impasses que se levantam no âmbito da prática profissional e social.

1.1.2 Demandas Emergentes por Saúde Pública

Durante a década de 1980, o Brasil viveu grandes transformações. Foi o período de transição da ditadura militar para a reabertura da democracia, com a promulgação na nova Constituinte em 1988. No entanto, até que se chegasse a esse momento, muitos debates entre as várias categorias profissionais foram levantados, inclusive no âmbito do serviço social.

Ao longo do processo de redemocratização do Brasil, houve uma necessidade latente de reforma na sociedade, o que se refletiu na luta por melhores condições de saúde. O processo de democratização da saúde, que ganhou força com o movimento Reforma Sanitária (que será abordado mais adiante) (FUNASA, 2017).

As demandas emergentes por saúde pública não surgiram precisamente na década de 1980, mas ganharam força, dadas as condições precárias às quais a população pobre estava submetida, desde as décadas anteriores. O modelo econômico utilizado durante o regime militar não estava dando o retorno esperado por seus idealizadores, ao contrário, devido à crise do capitalismo internacional, que levou grandes potências à recessão econômica, refletiu diretamente na economia brasileira, com redução significativa do capital estrangeiro em território nacional. Tinha-se a ideia de que o “bolo”, no caso a economia, deveria crescer, para só então redistribuí-lo entre todos, o que evidentemente não aconteceu. Os ricos ficaram mais ricos, enquanto os pobres afundavam cada vez mais na pobreza (POLIGNANO, 2010).

Durante o período que antecedeu o surgimento da nova Constituinte de 1988, o modelo de saúde prevalente era o previdenciário, que priorizava a medicina curativa, o qual já apresentava suas grandes fragilidades: incapacidade de solucionar os problemas de saúde coletiva, tais como endemias, epidemias, mortalidade infantil; constantes aumentos nos custos da medicina curativa; redução no crescimento econômico e consequente queda na arrecadação; incapacidade de abarcar a grande parcela da população marginalizada, vez que esta, sem emprego formal, estava impossibilitada de contribuir com a previdência e, consequentemente, estava excluída do sistema; desvios da verba para outras áreas, com vistas a cobrir as despesas feitas pela gestão da época, como o pagamento de grandes obras por parte do governo federal; não repasse de recursos para a previdência. Diante de todas estas circunstâncias, evidentemente, o modelo previdenciário entrou em profunda crise (POLIGNANO, 2010).

Em uma tentativa de amenizar os graves problemas na saúde pública com elevados custos e fraudes, foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), o qual estava ligado ao INAMPS. Este conselho tinha por objetivo fiscalizar de maneira mais rigorosa a prestação de contas dos prestadores de serviço credenciados ao sistema, com vistas à redução da incidência de fraudes. Para tanto, passou a absorver alguns técnicos ligados ao movimento sanitário, o que iniciou, por dentro, um processo de ruptura da dominância burocrática (POLIGNANO, 2010). Sobre a atuação do CONASP, Polignano (2010, p. 20) elucida que:

O plano inicia-se pela fiscalização mais rigorosa da prestação de contas dos prestadores de serviços credenciados, combatendo-se as fraudes. O plano propõe a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados as populações urbanas e rurais, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização, da criação do domicílio sanitário, da montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial e da revisão dos mecanismos de financiamento do FAS.

Evidentemente, com estas diretrizes, o CONASP encontrou oposição da Federação Brasileira de Hospitais e de medicina do grupo, pois sua atuação visava dirimir as fraudes e excessos de gastos desnecessários; conseqüentemente, a federação via a ação do CONASP como uma tentativa de perda da hegemonia e status dentro do sistema. A federação era uma instituição com forte poder e influência política junto aos parlamentares da época, o que não evitou que o CONASP conseguisse implantar novos modelos assistenciais, como o PIASS no Nordeste (POLIGNANO, 2010).

1.1.3 Movimento da Reforma Sanitária

Em meio ao estudo do desenvolvimento da política da saúde, não se pode deixar de trazer à lume a discussão sobre o movimento da reforma sanitária. Este movimento teve início ainda em meados da década de 1970, e assumiu importante papel tanto no movimento de promulgação da nova Constituição Federal como na busca por uma saúde pública que atendesse a toda a população, e não apenas a um grupo limitado de contribuintes (SOBRINHO; SOUSA; LIMA, 2019).

Segundo Souto e Oliveira (2016, p. 205),

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela

redemocratização. Expressou a indignação da sociedade frente às aviltantes desigualdades, a mercantilização da saúde (AROUCA, 2003) e, configurou-se como ação política concertada em torno de um projeto civilizatório de sociedade inclusiva, solidária, tendo a saúde como direito universal de cidadania.

Ou seja, o referido movimento não buscava apenas movimentação política ou ideológica. Era muito maior e mais intenso, e suas reivindicações iam de encontro às forças hegemônicas da época.

Corroborando com esta ideia, Sobrinho, Sousa e Lima (2019, p. 3) apontam algumas medidas que só reforçaram a necessidade de uma mudança profunda na estrutura política tradicional:

[...] é salutar mencionar que, embora esse amadurecimento, do ponto de vista ideológico e teórico, medidas neoliberais implementadas no país desde o governo Collor de Mello (1990-1992) exerceram influência negativa nos setores de políticas públicas, haja vista os cortes de gastos sociais, ou seja, a transferência de serviços para o setor empresarial, alinhando o Estado à política privatista. Os governos seguintes ao governo Collor mantiveram as iniciativas de Estado Mínimo, acirrando as desigualdades sociais vigentes, aumentando a prática do setor privado no âmbito das políticas públicas, trazendo assim a contradição do ideário constitucional de 1988, cujas garantias vislumbram princípios para a seguridade como universalidade e estatização.

Em meio a este cenário, a política da saúde sofre o impacto negativo das tentativas de minimizar o caos que já estava instalado. Neste contexto, os cortes com gastos da saúde e remanejamento de verbas para outros setores, inclusive o empresariado, tornaram-se a principal opção, levando o Estado a uma política privatista, priorizando assim a política econômica em detrimento da política social.

De acordo com Souto e Oliveira (2016), o processo de construção da saúde pública, que foi algo pensado originalmente no Brasil, originou-se a partir das críticas feitas por Sérgio Arouca na sua tese de doutorado intitulada “O Dilema Preventista”. Em sua tese, Arouca faz uma crítica ao discurso liberal da medicina preventiva, instigando os debates que levaram à criação do campo da saúde coletiva no Brasil. Ainda neste entendimento, As autoras apontam que:

A constituição do campo da saúde coletiva situa-se no campo de disputa epistemológica ao promover a emergência e visibilidade de outros saberes, populares, de povos tradicionais, até então desqualificados, pelo monopólio do saber da ciência moderna, como pensamentos não científicos, e muitas vezes objeto de um verdadeiro epistemicídio (SOUTO; OLIVEIRA, 2016, p. 207).

Essa disputa epistemológica é um choque entre os saberes da ciência moderna e os saberes populares dos povos tradicionais, os quais têm seu conhecimento desmerecido frente o conhecimento científico. Este conhecimento, que perpassa gerações em comunidades locais, muitas vezes isoladas e sem qualquer acesso ao sistema de saúde pública, é a única fonte de profilaxia para diversas doenças.

1.2 CONCEPÇÕES DE POLÍTICA DE SAÚDE NO ESPAÇO PÚBLICO

Podemos considerar política social “as ações permanentes ou temporária relacionadas ao desenvolvimento, à reprodução e à transformação dos sistemas de proteção social” (FLEURY, OUVENEY, 2012, p. 15). Estas ações decorrem a própria atividade estatal em seus sistemas de proteção social. Ainda seguindo o entendimento dos autores, podemos compreender a política social como um meio de proteção social:

Assim, a política social, como ação de proteção social, compreende relações, processos, atividades e instrumentos que visam a desenvolver as responsabilidades públicas (estatais ou não) na promoção da seguridade social e do bem-estar. Portanto, a política social apresenta uma dinâmica multifacetada que inclui ações intervencionistas na forma de distribuição de recursos e oportunidades, a promoção de igualdade e dos direitos de cidadania e a afirmação de valores humanos como ideias e a serem tomados como referência para a organização de nossas sociedades (FLEURY, OUVENEY, 2012, p. 16).

De modo geral, as políticas sociais alcançam diversas áreas, como saúde, previdência, habitação, assistência social e educação, as quais visam a proteção daqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade dentro daquela determinada seara, dotadas de mecanismos específicos no que tange à elaboração, organização, planejamento e implantação/execução dos projetos a serem desenvolvidos naquela realidade social.

Em se tratando de política da saúde, Fleury e Ouverney (2012) compreendem o desenvolvimento desta política social como algo que envolve diversas áreas e aspectos políticos, econômicos, sociais, institucionais, estratégicos, culturais, entre outros, o que torna definir e delimitar a atuação individual que cada esfera em questão. O que podemos destacar de maneira importante está relacionado à atividade de proteção social, sendo a política da saúde um marco divisor das relações sociais entre

os indivíduos, gestores, grupos sociais e familiares, etc. A forma como a política de saúde atuará entre estas relações difere caso a caso, e requer planejamento, estratégias, instrumentos e processos que perpassem por mediações de instituições e significados culturais. Assim, a política de saúde configura-se como mediador entre Estado, sociedade e mercado.

Para Rodriguez (2016, pp. 233-234),

[...] a política de saúde, tal como o Estado Social deve ser tomada como um padrão civilizatório, um modelo de sociedade. Pois, o impacto da ação de uma política de saúde estará atrelado ao projeto social e seu prestígio na correlação de forças sociais que se chocam. As políticas de saúde, como políticas sociais de largo alcance, encontram-se no centro de uma luta ideológica em que os conflitos dos projetos se desenvolvem admitindo o Estado como um espaço de exercício do poder político.

É importante ter o entendimento de que o Estado deve garantir aos indivíduos o acesso ao sistema de saúde que permita, minimamente, serem assistidos de maneira ao menos digna. Por isto mesmo, sendo uma área que demanda custos, é uma área onde é inevitável deparar-se com conflitos de interesses de diversas forças sociais, como sociedade civil organizada, grupos políticos e os próprios interesses da população.

Neste processo o Estado cumpre um duplo papel, no primeiro é um ator de destaque devido a sua estrutura, mas também é visto como uma arena em que se enfrentam esses interesses organizados. Daí a política de saúde, por sua centralidade na vida econômica e impacto social, será um sempre um produto das disputas desses projetos desenvolvidos através de padrões institucionalizados que estabelecem a posição dos atores, a distribuição de poder entre os mesmos e formam preferências que definem as alianças e orientam a ação destes grupos (RODRIGUEZ, 2016, p. 234).

Seguindo este entendimento, Fleury e Ouverney (2012) apontam que a relação existente entre a política de saúde e as outras políticas sociais é dotada de tensão, haja vista os governos compreenderem políticas sociais como áreas de gastos, e não de investimentos e produção. Em períodos de crise econômica provocada por diversos fatores, como a crise econômica que eclodiu em virtude da pandemia de coronavírus no início de 2020, os governos, naturalmente, reduzem os investimentos e gastos sociais como tentativa de manutenção do equilíbrio econômico.

Todavia, sem os investimentos necessários nestas áreas e com a retração das condições minimamente dignas, há aumento nos índices de desemprego e diminuição

dos índices de desenvolvimento econômico, considerando que “as áreas de políticas sociais deveriam ser também vistas como áreas produtivas, pois são geradoras de inúmeros empregos e têm acentuada capilaridade, já que as redes de saúde e educação estão espalhadas por todo o país” (FLEURY, OUYERNEY, 2012, p. 25).

Deste modo, seguindo entendimento de Fleury e Ouyorney (2012), entendemos que a política de saúde é uma das engrenagens colaboradoras para o desenvolvimento econômico a partir do momento em que impede a mortalidade precoce e desnecessária, e corrobora com a formação de uma mão de obra mais qualificada no tocante às condições sanitárias, considerando a qualidade de vida como uma das condições imprescindíveis ao aumento da produtividade e competitividade de mercado.

1.3 PARÂMETROS DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA SAÚDE

O serviço social integra o rol de profissões da saúde, sendo estes profissionais reconhecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 218, de 06 de março de 1997 e pela Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nº 383/1999 (SILVA; KRÜGER, 2018).

Silva e Krüger (2018, p. 272) elucidam que:

O Conselho Federal de Serviço Social como autarquia pública tem a função de orientar, disciplinar, normatizar, fiscalizar e defender o exercício profissional do/a assistente social no Brasil, em conjunto com os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS). Para além de suas atribuições, contidas na Lei 8.662/1993 (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 1993), a entidade vem promovendo ações políticas para a construção de um projeto de sociedade democrático, anticapitalista e em defesa dos interesses da classe trabalhadora. Para este órgão, a defesa do exercício profissional do/a assistente social tem colocado inúmeros desafios. Por isso, desde meados da primeira década dos anos 2000, vem promovendo uma série de eventos e realizando publicações que se tornaram referências teóricas, políticas e técnicas na intervenção profissional em direção ao projeto profissional que a categoria vem construindo nos últimos 30 anos.

De acordo com Silva e Krüger (2018), o projeto da reforma sanitária que pautou o Sistema Único de Saúde (SUS) baseou-se na “radicalidade democrática, defendendo o direito universal de acesso, gratuidade, integralidade do atendimento, gestão pública estatal, participação popular deliberativa, planos de cargos, carreira e salários para os seus trabalhadores” (SILVA, KRÜGER, 2018, p. 270), além de defender que seus recursos devem ser investidos no serviço público.

A defesa do exercício profissional deve ser uma prática constante por parte do CFESS e do CRESS, mesmo diante de dificuldades e desafios que surgem ao longo do tempo. Desta feita, estes órgãos passaram a realizar, desde os anos 2000, eventos e publicações para incrementar o referencial teórico que possibilite ao profissional assistente social o melhor direcionamento no tocante ao projeto ético-político profissional da categoria na área da saúde. Assim, os Parâmetros de Atuação Profissional na Saúde fazem parte desta categoria de publicações se aporte técnico ao profissional.

Os Parâmetros de Atuação Profissional na Saúde, documento elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), tem finalidade trazer referência aos profissionais assistentes sociais que atuam na área de saúde, sendo fruto do Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”, instituído pelo CFESS em 2008, que incorporou nas suas discussões e sistematizações as deliberações do 36º e 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS (CFESS, 2010).

O documento foi elaborado no período que compreende junho de 2008 a março de 2009, a partir de discussões realizadas em quatro reuniões de trabalho onde foi definida, inicialmente, a estrutura do documento e a metodologia para coleta de informações sobre as atribuições e competências profissionais, as quais eram, até então, sistematizadas pelos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS). As reuniões seguintes aprofundaram os conteúdos das atribuições e competências profissionais no campo da saúde, resultando na versão preliminar do referido documento (CFESS, 2010).

A redação final do documento divide-se em quatro partes ou itens: Saúde, Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde e desafios atuais, onde retoma o percurso histórico da luta pela saúde durante os anos 1980, o movimento da reforma sanitária e seus impasses dos anos 1990 até a atualidade; Serviço Social e Saúde, onde é feita uma discussão teórica e política acerca do serviço social na saúde, e também são apresentados alguns desafios da atualidade no tocante ao fortalecimento do projeto ético-político e profissional; Atuação do Assistente Social na Saúde vem caracterizar as atribuições e competências dos profissionais assistentes sociais e discutir a intervenção do profissional na saúde através de quatro eixos, tais sejam ações de atendimento direto aos usuários, ações de mobilização, participação e controle social, ações de investigação, planejamento e gestão, ações de assessoria, qualificação e

formação profissional; e, finalmente, Algumas Reflexões, resultado do processo de trabalho de elaboração do documento final (CFESS, 2010).

1.4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema de saúde pública vigente no Brasil desde a promulgação da CF/88. É regulamentado pelas leis orgânicas da saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90, e tem como base os princípios da universalização, integralidade, equidade, regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação popular.

De acordo com Pavão (2016, p. 1):

Durante os anos anteriores ao surgimento do SUS, sobretudo no período do Regime Militar, o movimento da Reforma Sanitária teve papel fundamental na implantação do novo modelo de atenção. Esse movimento teve bases universitárias e envolveu profissionais de saúde, acadêmicos, especialistas e pessoas vinculadas à saúde. Buscava transformar o setor de saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde da população ao alcance do direito da cidadania. Tinha como diretrizes a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a participação comunitária. As suas propostas foram consolidadas no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que aprovou a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito à cidadania e o dever do Estado. Esse relatório serviu de base para as discussões na Assembleia Constituinte de 1987, que culminou com a aprovação do texto referente à saúde na Constituição de 1988. A integralidade é considerada, por diversos autores, um dos princípios mais representativos do SUS e que traduz a ideia de um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”. Segundo esse princípio, a garantia de uma assistência à saúde integral é direito de todo e qualquer cidadão e deve ser prioridade do Estado. Outro princípio fundamental é o da equidade, que tem como objetivo reduzir as desigualdades, através da assistência dada de acordo com as necessidades de cada um. E, entre os seus princípios organizacionais/operativos, destaca-se a participação social, expressa pela participação dos usuários nos Conselhos e Conferências de Saúde e garantida pela Lei 8.142, de 1990.

A luta por uma saúde pública de qualidade e com acesso universal teve início ainda na década de 1970, em atendimento às proposições da OMS na Conferência de Alma-Ata, que ocorreu em 1978, a qual tinha como lema “Saúde para Todos no Ano 2000”, sobretudo mediante a atenção primária à saúde (NOVO *et al*, 2019).

Durante dos governos dos anos 1990 até meados da primeira década dos anos 2000, o projeto privatista ganhou força, mediante a focalização e o desfinanciamento. Com o governo Temer, o projeto privatista voltou a ganhar fôlego graças às políticas de governo, com iniciativas que alteraram a abrangência do SUS, como a Emenda

Constitucional nº 241/2016, conhecida como Novo Regime Fiscal, a proposta de criação dos Planos de Saúde Acessíveis (ou seja, planos de saúde privados a preços populares), liberação do capital estrangeiro na saúde através da Lei nº 13.097/2015, revisão na Política Nacional de Atenção Básica e alteração das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. Enfim, todas essas propostas de flexibilização dos SUS insurgem como o “novo projeto do SUS possível”, que nada mais é do que um projeto de flexibilização da reforma sanitária defendido pelas lideranças (SILVA, KRÜGER, 2018).

Apesar de as tendências reformistas voltarem-se à defesa do SUS, o cenário vigente inclina-se para a contínua hegemonia do projeto privatista da saúde, destruição do projeto da reforma sanitária, restando um sistema de saúde pública pobre e deficitário para atender à população pobre do país, ou seja, grande parcela da população que não tem condições de arcar sequer com planos de saúde de preços populares (SILVA, KRÜGER, 2018).

A partir das disputas e correlações de forças, prevalecendo a hegemonia das forças neoliberais que levaram a uma série de contrarreformas que induzem ao sucateamento, descontinuidade, focalização, transformismo, desfinanciamento, privatização dos serviços públicos oferecidos pelo SUS em detrimento dos princípios da integralidade e da universalidade, com consequente aumento do trabalho precarizado dos profissionais da saúde, restrições ao acesso dos usuários, retirada gradual da responsabilização do Estado e responsabilização da sociedade civil. Diante deste cenário, a contrarreforma na política de saúde e dos direitos sociais no Brasil ganhou força a partir de 2016 e, sob pretexto de dar resolutividade à crise econômica, força uma agenda ainda mais conservadora, tomando por base o discurso de respeito à lei, à ordem e à segurança, com prática e políticas de adesão ao liberalismo econômico (SILVA, KRÜGER, 2018).

1.5 O SERVIÇO SOCIAL NA PARAÍBA

1.5.1 O Serviço Social de Saúde: Uma Realidade em Movimento na Instituição CHCF

No tocante ao Serviço Social da instituição, este é uma profissão que desenvolve seu trabalho junto à realidade social, mediante seu trabalho interventivo.

Em outras palavras, o Assistente Social intervém nas expressões da questão social, visando resolutividade das demandas sociais que a ele se insurgem.

De acordo com Souza (2019),

No cotidiano institucional da saúde, assim como nas demais Políticas Públicas, “os assistentes sociais trabalham com as mais diversas expressões **da questão social**, esclarecendo à população seus direitos sociais e o meio de ter acesso aos mesmos” (IAMAMOTO, 2007, p. 206), o que demonstra o papel orientador do profissional no desempenho do **Trabalho Social de Caráter Interventivo**. Para que fique bem nítido, a saúde **não** é uma expressão da **questão social**, mas sim uma Política Pública mediante a qual o Assistente Social intervém nas expressões da **questão social** ora apresentada pelo usuário.

Nesse sentido, a função social desempenhada pelo assistente social é de suma importância no local onde ele está inserido. No âmbito da saúde, o profissional deve buscar maneiras para trazer ao usuário respostas às suas indagações, provenientes da sua demanda.

Segundo entendimento de Yazbek (2010) acerca da profissão,

[...] a intervenção desse profissional enfrenta a necessidade de renovação e mudança, como resultado das transformações que ocorrem nas relações sociais que peculiarizam o desenvolvimento do capitalismo no país. Assim, à medida que novas situações colocam para a profissão novas exigências, o Serviço Social é obrigado a atualizar-se, redefinindo estratégias e procedimentos, adequando-se a novas demandas e requisições do mercado de trabalho. Isso sem deixar de lado algumas características historicamente persistentes de sua intervenção. Coexistem no Serviço Social brasileiro, na atualidade, práticas renovadas ao lado de “velhas” práticas. Sempre no mesmo espaço: a reprodução social da vida das classes subalternas na sociedade.

A inserção do serviço social na saúde mediante a busca de uma construção do exercício profissional partindo do modelo médico clínico. Desse modo, o assistente social passava a ser identificado como aquele que poderia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho médico, a partir dos anos 1990. A inserção do assistente social vem sendo escrita ao longo dos anos, sendo caracterizada por um profissional articulador do recorte social nas diversas formas de promoção da saúde, identificando causalidades e multiplicidade de fatores que afetam a qualidade de vida da população. O profissional de serviço social atua em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (COSTA, 2017).

De acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010), os profissionais que atuam na área de saúde devem estar articulados e

sintonizados com o movimento dos trabalhadores da saúde e de usuários que lutam por uma efetivação concreta do SUS. Ainda, facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde, tentar construir e efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores de saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido (COSTA, 2017).

Os principais desafios identificados estão na perspectiva conservadora que ainda perpassa o serviço público, em especial a saúde, no tocante à prática profissional. Trazer à lume a compreensão de que o papel desempenhado pelo Assistente Social nas instituições de saúde vai muito além do atendimento de mero expediente, como emissão de documentos, fotocópias de prontuários ou declarações, mas que alcança as relações sociais dos usuários, a atuação nas áreas de gestão, assessoria e planejamento, ainda é um grande desafio, e ao Serviço Social cabe o enfrentamento e a autoafirmação enquanto categoria profissional.

O perfil populacional dos usuários do CHCF vai além da situação econômica, étnica, de gênero ou idade, pois está relacionada ao autocuidado e ao sexo e, com isso, podemos dizer que trata-se da população em geral e dos acometidos com as doenças infecto-contagiosas e endêmicas.

Principais problemáticas enfrentadas pela equipe multiprofissional do CHCF e seus usuários são de dimensão subjetiva, visto que o preconceito e a falta de conhecimento, relacionados aos portadores de doenças infecto-contagiosas e endêmicas que conseguem refletir na academia e até mesmo no âmbito profissional dos serviços de referência e contrarreferência, dificulta o acesso aos demais serviços de saúde do SUS.

Outro desafio vislumbrado está no fato de os profissionais do serviço social não disporem de uma sala para atendimento individualizado em cada enfermaria onde estão realizando suas atividades (Infecologia, Pneumologia, Doenças Infecto-Contagiosas, Hospital-Dia etc), o que dificulta um atendimento especializado e de qualidade, com escuta qualificada, por exemplo, que ocorre no próprio leito do paciente interno no serviço em enfermarias coletivas.

Apesar das dificuldades ora citadas, os Assistentes Sociais do CHCF conseguem desempenhar suas funções, mediante a utilização dos instrumentos técnico-operativos da profissão, buscando viabilizar a garantia dos direitos dos usuários, mediante a orientação social ou encaminhamentos pertinentes. No entanto,

os encaminhamentos efetuados não possuem o devido controle, haja vista o fato de os usuários da instituição. De acordo com o Ministério da Saúde (2017),

A assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) é organizada a partir das necessidades da população, a fim de garantir o atendimento aos usuários, com apoio de uma equipe multiprofissional, que atua no cuidado e na regulação do acesso, na qualidade da assistência prestada e na segurança do paciente. De forma integrada aos demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e com outras políticas intersetoriais, a Assistência tem como objetivo garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado, assegurando a equidade e a transparência, sempre de forma pactuada com os Colegiados do SUS. A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS foi instituída por meio da Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Para tal, podemos dizer que os hospitais são uma das formas que o usuário tem de usufruir das políticas de Assistência, tendo acesso às equipes de saúde e garantindo o cumprimento dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, princípios do SUS que foram consolidados, com a 8ª CNS, a criação do SUDS, culminando com a Constituição Federal de 1988.

Na esfera estadual encontramos o Plano Estadual de Saúde de 02/2016 que através da Resolução nº 0123 traz,

no âmbito do Estado a gestão do trabalho se configura como o espaço de intervenção nas relações profissionais diante de uma diversidade de vínculos. Essa multiplicidade de vínculos, uma tendência nas novas formas de gestão pública, representa um desafio a mais ao exigir diferentes olhares sobre um cenário multifacetado nas relações de trabalho.

Garantindo as condições necessárias para permanência e aperfeiçoamento dos profissionais que atuam na saúde a partir de medidas direcionadas, considerando em mesas de negociação permanente, programas de desenvolvimento das relações interpessoais e também no aprimoramento das formas de gestão de pessoas e consolidação de um programa permanente de avaliação profissional (PARÁIBA, 2016).

Na esfera municipal, da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, se aposta na Educação Permanente em Saúde, investindo no compromisso dos gestores, trabalhadores em saúde e usuários do SUS a identificação de problemas e cooperação para a solução destes, com vistas à integralidade da atenção e reestruturação do SUS municipal.

No que diz respeito às particularidades da assistência hospitalar no CHCF, o que pode-se elencar é que é um hospital de grande porte, com equipe multidisciplinar

completa, exceto ortopedia, que trabalha em rede com os demais núcleos de saúde, sejam eles da esfera Federal, Estadual ou Municipal. O foco do atendimento é o público acometido com as doenças infecto-contagiosas (HIV/AIDS, Tuberculose, Hanseníase, Hepatite B, Dengue Hemorrágica e COVID19) e da população Transsexual e Travestis com a implantação do respectivo ambulatório especializado.

Os serviços ofertados para população paraibana e adjacentes são de caráter médico hospitalar no modelo curativo (Pronto Atendimento - PA; Hospital Dia, HIV/AIDS e Hepatites virais – HD; Assistência Domiciliar Terapêutica – ADT; Ala de Isolamento COVID19 e Profilaxia Pós-Exposição - PEP) e preventivas [Triagem Clínica com Testagem para HIV, Hepatites virais, Sífilis, Tuberculose (TRM, BK e PPD)] e Profilaxia Pré-Exposição ao HIV – PrEP.

2 A INSTRUMENTALIDADE DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

2.1 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A FUNÇÃO SOCIAL DA PROFISSÃO E SEUS SIGNIFICADOS NA SAÚDE

O Serviço Social é uma profissão dotada de caráter interventivo, onde sua atuação baseia-se na análise para, então, propor adequações às variadas expressões da questão social. Neste sentido, o assistente social insere-se em meio aos processos de trabalho com vistas à defesa e garantia dos direitos, garantia e consolidação da cidadania frente às contradições das relações sociais.

O entendimento acerca da relevância do profissional assistente social deve partir do ponto de vista sobre a sua funcionalidade onde ele está inserido e desempenhando sua prática profissional, aprimorando seus conhecimentos e buscando, no seu meio ambiente de trabalho, melhorar as condições de trabalho dos profissionais assistentes sociais, assim como das instituições onde eles estão inseridos.

Vale dizer que o Serviço Social não é apenas um segmento profissional, mas é uma profissão com visão ético-política. Isto coloca os assistentes sociais como profissionais com visão crítica acerca dos fatos sócio-políticos e históricos ocorrentes no seu entorno. Assim, os profissionais assistentes sociais devem observar como princípios da sua rotina profissional a defesa da liberdade, da democracia, da justiça social, dos direitos humanos, combate ao preconceito em suas mais diversas formas,

seu compromisso com a qualidade dos serviços prestados, bem como a competência e o pluralismo.

Segundo Sousa (2008, p. 02), “[...] o Serviço Social surge na história como uma profissão fundamentalmente interventiva, isto é, que visa produzir mudanças no cotidiano da vida social das populações atendidas – os usuários do Serviço Social”.

Com isso pode-se dizer que a instrumentalidade no exercício da profissão é um instrumento norteador para suas ações, uma propriedade sócio-histórica que, segundo Guerra (2007), “possibilita o atendimento das demandas e o alcance de objetivos [...] constitui-se numa condição concreta de conhecimento social da profissão”.

O Código de Ética Profissional também aponta como princípios a serem observados pelo assistente social o exercício do Serviço Social sem ser discriminado ou discriminar por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade ou condição física (CFESS, 2010).

Em relação à atuação no âmbito da saúde, percebe-se que as demandas atendidas pelo profissional de Serviço Social requerem do mesmo um aprofundamento e uma apropriação do aporte teórico-metodológico e técnico-operativo de outras áreas de atuação, como assistência, e previdência, considerando que os usuários dos serviços de saúde pública têm necessidades que vão além da própria assistência à saúde.

Desse modo, surge o seguinte ponto de debate acerca da instrumentalidade do assistente social nos diversos campos de atuação profissional, onde este se utilizará de todo o arcabouço teórico-metodológico, observando-se os aspectos ético-políticos, referente ao assunto daquela determinada demanda para, então, elaborar uma estratégia para resolução de tal questão.

De acordo com os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, editado pelo CFESS (2010), as atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam estas desenvolvidas na saúde ou em algum outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, os quais devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras, o que representa um verdadeiro desafio para os assistentes sociais.

Estes direitos estão previstos no art. 2º da Resolução CFESS nº 273/1993 (Código de Ética Profissional). Não obstante o disposto neste dispositivo, podemos entender que o perfil do assistente social para atuar em diversas políticas sociais deve repelir práticas tradicionalistas, pragmáticas e conservadoras, que têm as situações sociais como problemas pessoais e que devem ser solucionados individualmente. Ao contrário, reconhecer tais demandas como expressões da questão social exigem do profissional uma atuação a partir de uma perspectiva totalizante, embasada na identificação dos elementos e determinantes sociais, econômicas e culturais destas desigualdades sociais e, desse modo, praticar a intervenção orientada por uma perspectiva teórico-política, mediante a observação crítica da realidade e condições de vida.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) conceitua saúde como um direito de todos e dever do Estado, que deve ser garantido através de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, buscando, desse modo, minimizar as expressões da questão social. lamamoto (2014) compreende a questão social como “a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão”.

Guerra (2007) entende que a instrumentalidade é uma propriedade/capacidade que a profissão vai adquirindo à medida em que concretiza objetivos, possibilitado que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais, e é por meio desta capacidade que os profissionais assistentes sociais podem modificar, transformar, alterar as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes em determinado contexto social, ou seja, no nível do cotidiano.

De acordo com lamamoto (2014):

O Serviço Social no Brasil afirma-se como profissão, estreitamente integrado ao setor público em especial, diante da progressiva ampliação do controle e do âmbito da ação do Estado junto à sociedade civil. Vincula-se, também, a organizações patronais privadas, de caráter empresarial, dedicadas às atividades produtivas propriamente ditas e à prestação de serviços sociais à população. A profissão se consolida, então, como parte integrante do aparato estatal e de empresas privadas, e o profissional, como um assalariado a serviço das mesmas. Dessa forma, não se pode pensar a profissão no processo de reprodução das relações sociais independente das organizações institucionais a que se vincula, como se a atividade profissional se encerrasse em si mesma e seus efeitos sociais derivassem, exclusivamente, da atuação profissional (IAMAMOTO, 2014, p. 86).

Guerra (2007) aponta que:

Ao alterarem o cotidiano profissional e o cotidiano das classes sociais que demandam a sua intervenção, modificando as condições, os meios e os instrumentos existentes, e os convertendo em condições, meios e instrumentos para o alcance dos objetivos profissionais, os assistentes sociais estão dando instrumentalidade às suas ações. Na medida em que os profissionais utilizam, criam, adequam às condições existentes, transformando-as em meios/instrumentos para a objetivação das intencionalidades, suas ações são portadoras de instrumentalidade. Deste modo, a instrumentalidade é tanto condição necessária de todo trabalho social quanto categoria constitutiva, um modo de ser, de todo trabalho (GUERRA, 2007, p. 2).

Neste sentido, entende-se que a instrumentalidade do assistente social advém da própria necessidade social. Em outras palavras, enquanto existirem expressões da questão social, haverá uma latente necessidade de profissionais do Serviço Social, os quais, como dito anteriormente, são a categoria profissional que tem sua utilidade social expressa a partir do momento em que responde às necessidades das classes sociais, que se transformam através de mediações, e adquire espaço sócio-ocupacional por meio das políticas e serviços sociais, que correspondem à sua esfera de atuação.

2.2 A PRÁTICA PROFISSIONAL NO SERVIÇO SOCIAL: AS DIMENSÕES TÉCNICO-OPERATIVA, ÉTICO-POLÍTICA E TEÓRICO-METODOLÓGICA

A prática do assistente social deve pautar-se no que preconiza o Código de Ética da profissão, bem como na sua lei de regulamentação. Guerra (2013, p. 1) aponta que:

Parte-se do pressuposto de que o exercício profissional do assistente social recebendo as determinações históricas, estruturais e conjunturais da sociedade burguesa e respondendo a elas consiste em uma totalidade de diversas dimensões que se auto-implicam, se auto-explicam e se determinam entre si. Tais dimensões, em razão da diversidade que as caracteriza, constituem-se como “síntese de múltiplas determinações”, ou seja, caracterizam-se como unidade de elementos diversos, que conforma a riqueza e amplitude que caracteriza historicamente o modo de ser da profissão, que se realiza no cotidiano.

As dimensões que dão aporte à profissão não são fixas, as interatuantes, as quais se tornam complexas a partir da realidade social na qual o assistente social está inserido, frente às expressões da questão social, de sorte que o profissional poderá chegar a respostas qualificadas para as diversas e antagônicas demandas que se lhe apresentam (GUERRA, 2013).

Ainda seguindo entendimento de Guerra (2013, p. 2),

Não obstante, a dimensão técnico-operativa, que se constitui no modo de aparecer da profissão, como profissão interventiva no âmbito da chamada “questão social”, a qual esconde seus fundamentos econômicos e políticos, apesar de necessária, se considerada de maneira autônoma, é insuficiente para dar respostas qualificadas à realidade social.

O profissional, no curso do exercício das suas atribuições sócio-profissionais, intervém por meio das políticas sociais, na criação das condições favoráveis à reprodução da força de trabalho, seja ocupada, seja excedente, a partir das formas de regulação social do estado burguês, de natureza contraditória e que é, também, acessível aos interesses da classe ou segmentos da classe trabalhadora (GUERRA, 2013).

Segundo a ABEPSS (1996, p. 7):

Estes princípios definem as diretrizes curriculares da formação profissional, que implicam capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa para a: 1. Apreensão crítica do processo histórico como totalidade; 2. Investigação sobre a formação histórica e os processos sociais contemporâneos que conformam a sociedade brasileira, no sentido de apreender as particularidades da constituição e desenvolvimento do capitalismo e do Serviço Social no país; 3. Apreensão do significado social da profissão desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; 4. Apreensão das demandas - consolidadas e emergentes - postas ao Serviço Social via mercado de trabalho, visando formular respostas profissionais que potenciem o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre público e privado; 5. Exercício profissional cumprindo as competências e atribuições previstas na Legislação Profissional em vigor.

De acordo com Pereira (2015), os fundamentos do trabalho do serviço social podem ser compreendidos a partir da perspectiva das diretrizes curriculares da ABEPSS, quando afirmam que a intervenção do profissional deve pautar-se em três dimensões: técnico-operativa, ético-política e metodológica. Tais dimensões compõem diferentes níveis de apreensão da realidade, todavia, são indissociáveis, compondo uma unidade.

Deste modo, seguindo entendimento de Guerra (2013), temos que as dimensões técnico-operativa, ético-política e teórico-metodológica se interpõem e se articulam intimamente à dimensão técnico-instrumental, visto que a realização desta exige o conhecimento das finalidades, resultados, condições objetivas sobre as quais a ação incide, meios e possibilidades de realização destas ações e valores a eles subjacentes. Assim, o conhecimento é oriundo da análise da realidade e, por conseguinte, tanto precede quanto acompanha a intervenção. Neste sentido, o conhecimento não se constitui em uma receita taxativa da prática profissional, muito

menos pode se confundir com a realidade social ou com um conjunto de atividades empíricas (GUERRA, 2013).

2.2.1 A Dimensão Técnico-Operativa

A dimensão técnico-operativa tende a restringir ao cumprimento de normas, regulamentos, objetivos institucionais, os papéis já estabelecidos, as respostas pré-concebidas na seara da política social, ou mesmo configurar-se enquanto espaço da análise concreta das situações concretas, haja vista a vida cotidiana ser dinâmica (GUERRA, 2013).

Esta dimensão refere-se à capacidade de apreensão do método e das teorias, bem como sua relação com a prática no tocante às ações profissionais. Os profissionais assistentes sociais, no curso do exercício das suas competências e atribuições, têm a oportunidade de intervir na realidade, utilizando-se dos conhecimentos técnico-operativos (GUERRA, 2013).

2.2.2 A Dimensão Ético-Política

De acordo com Guerra (2013), toda intervenção é baseada em um conjunto de valores e princípios que permitem ao profissional escolher para direcionar sua atuação. É no curso da sua atuação que o profissional irá se deparar com as demandas e interesses contraditórios, bem assim com uma série de possibilidades que lhe permite exercer sua autonomia, que sempre será relativa.

A partir do momento em que o assistente social faz suas escolhas no tocante às finalidades estabelecidas e aos meios que utilizará para alcançá-las, quais respostas dar ao usuário e qual direção seguir, o assistente social está exercendo a sua dimensão ético-política, que tem preocupação com os valores e com a direção social destas finalidades e meios utilizados (GUERRA, 2013).

2.2.3 A Dimensão Teórico-Metodológica

De acordo com o entendimento de Pereira (2015), a competência teórico-metodológica é indispensável para a formação profissional, visto que sem este aporte,

a intervenção fica prejudicada, considerando que é a teoria que vai orientar o significado social da ação, indo além do senso comum.

Guerra (2013) aponta que o pensamento e ação do cotidiano afetam a dimensão teórico-metodológica, e ao mesmo tempo, fornece suas possibilidades. Compete, assim, aos profissionais assistentes transcender a realidade partindo da analogia, reconhecendo os limites e possibilidades do conhecimento acumulado, o qual não há de se constituir modelo, forma ou guia imediato para a sua ação, posto que o conhecimento acerca dos fundamentos é primordial para atentar e submeter à crítica o senso comum.

Assim, a dimensão teórico-metodológica capacita os assistentes sociais a analisar as características particulares de determinada situação que se manifesta no cotidiano profissional para apontar uma interpretação à luz da universalidade da teoria, bem como o retorno a elas. A partir deste conhecimento adquirido possibilita ao assistente social as sistematizações e construções teórico-metodológicas que direcionam e orientam as estratégias da ação e da formação profissional, bem assim permitindo aprofundar os fundamentos teóricos que apoiam as intervenções profissionais.

3 ESTÁGIO SUPERVISIONADO NO CHCF

O estágio supervisionado ocorreu no Complexo Hospitalar de Doenças Infecto Contagiosas Dr. Clementino Fraga (CHCF) situado no Estado da Paraíba, município de João pessoa, no bairro de Jaguaribe, no período de junho de 2019 a março de 2020, tendo como público-alvo os usuários inseridos na política de saúde no contexto das doenças infectocontagiosas (HIV/AIDS, HEPATITE B, HANSENÍASE, TUBERCULOSE e DENGUE HEMORRÁGICA) com a equipe do Serviço Social da instituição.

No período em tela, foi possível pôr em prática o arcabouço teórico adquirido nas salas de aula, com os mestres e doutores, do Departamento de Serviço Social da UFPB como praticar e aprender com o dia-a-dia dos profissionais que atuam na instituição.

As demandas diárias da instituição estão inseridas na política da saúde, porém, se interligam com outras políticas como segurança pública, educação, previdência, habitação e assistência social dando para os graduandos certa noção de

como funcionam as demandas cruzadas e que em determinados momentos as políticas se cruzam e se completam. Os usuários da instituição e seus familiares são bem diversificados no que diz respeito ao nível de escolaridade, financeiro, idade, gênero e orientação sexual, tendo em vista que as doenças infectocontagiosas tratadas no complexo são transmitidas de várias formas podendo ser por gotículas, por vetores e sexualmente.

3.1 A INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL ENQUANTO MATERIALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Segundo Guerra (2013), o uso dos instrumentais técnico-operativos vai além de meros instrumentos e técnicas, pois são um conjunto de atos e procedimentos utilizados pelos profissionais para alcançar seu objetivo que é a intervenção profissional (GUERRA, 2013, p. 26-27).

O fato é que o uso dos instrumentais não deve engessar o profissional em sua assistência ao usuário e sim nortear e facilitar seu fazer profissional, levando em consideração que os mesmos são embasados, elaborados nos moldes metodológicos, éticos e políticos da profissão.

Assim, a atuação profissional deve estar pautada tanto no seu arcabouço teórico quanto na vivência da prática cotidiana. É esta vivência que vai servir de aporte para que o profissional assistente social tenha um olhar ainda mais abrangente dentro de determinadas situações vivenciadas no seu dia a dia profissional.

3.2 COTIDIANO, PERCEPÇÕES E INSTRUMENTOS

O cotidiano do estágio curricular no CHCF foi enriquecedor no que diz respeito ao aprendizado e na aproximação com a prática profissional. O foco no primeiro momento estágio supervisionado I, foi trabalhar o olhar profissional em conjunto com a escuta qualificada, pois o uso deste instrumento no cotidiano profissional ajudaria a entender melhor a dinâmica institucional e dos usuários para com isso podermos elencar a melhor intervenção possível, no momento, para a demanda apresentada.

No segundo momento estágio supervisionado II, foi o momento que em conjunto com o profissional Assistente Social da instituição, podemos sentar e discutir,

através da percepção profissional adquirida no primeiro momento, à intervenção propicia para o momento. O desenvolvimento do saber profissional em conjunto com o uso de instrumentos técnico-operativos facilita o aflorar do saber, o entrelaçar do teórico-prático e desmistifica o ditado popular que diz “a teoria é diferente da prática”.

3.3 INSTRUMENTAIS TÉCNICO-OPERATIVOS NA POLÍTICA DE SAÚDE DO SERVIÇO SOCIAL DO CHCF

O serviço social do CHCF utiliza os seguintes instrumentais:

POP - Procedimento Operacional Padrão, onde constam todos os instrumentais utilizados pelos profissionais do setor e breve relato sobre os mesmos. O documento foi elaborado pela equipe de assistentes sócias e é revisado, anualmente, por uma equipe multiprofissional da instituição constando os seguintes documentos: Entrevista Social; Ficha Social de Admissão de Paciente; Ficha Social de Readmissão de Paciente; Ficha de Evolução; Formulários de Declarações; Formulários de Fornecimento de Cópias de Exames / Prontuários; Protocolo de Orientação para Pacientes e Acompanhantes; Protocolo de Óbito; Protocolo de Visitas às Enfermarias; Protocolo de Orientação de Visitas Hospitalar; Protocolo de Alta Hospitalar; Protocolo de Entrada de Equipamentos Eletrônicos; Protocolo de Orientações para Pacientes e Acompanhantes / Direitos e Deveres; Escuta Social Qualificada;

POP - Procedimento Operacional Padrão – Instrumental físico, onde constam todos os instrumentais utilizados pelos profissionais do setor e breve relato sobre os mesmos. O documento foi elaborado pela equipe de assistentes sócias e revisado, anualmente, por uma equipe multiprofissional da instituição;

Entrevista Social – Instrumento utilizado para coleta de dados referente aos usuários e familiares (social, econômica, cultural e política), de forma semiestruturada com questões norteadoras e objetivos preestabelecidos enriquecendo o processo de comunicação e possibilitando uma coleta de dados maior sobre a totalidade das questões apresentadas pelo usuário. Todavia tem como objetivos principais: conhecer a realidade dos usuários da instituição e coletar informações sobre as situações prestadas por esses, além de a partir dos mesmos realizar encaminhamentos e orientações com vistas das garantias de seus direitos fundamentais;

Ficha Social de Admissão de Paciente – Registro de todas as informações coletada na entrevista social;

Ficha Social de Readmissão de Paciente – Registro e atualização das informações do usuário no processo de novo internamento na instituição;

Ficha de Evolução – Registro das informações coletadas mediante escuta qualificada durante os atendimentos aos usuários nas enfermarias;

Formulários de Declarações – Instrumental físico ou eletrônico fornecido aos usuários atendidos pelo profissional do serviço social como forma de garantia de direitos;

Formulários de Fornecimento de Cópias de Exames / Prontuários - Instrumental físico fornecido aos usuários atendidos pelo profissional do serviço social como forma de garantia de direitos sociais;

Protocolo de Orientação para Pacientes e Acompanhantes – Normas e rotinas institucionais passadas para os usuários no ato do internamento ou na abertura das visitas hospitalares;

Protocolo de Óbito – Informações e documentos hospitalares fornecidos aos familiares como forma de garantia de direitos sociais;

Protocolo de Visitas as Enfermarias - Normas e rotinas institucionais passadas para os familiares dos usuários no ato das visitas hospitalares;

Protocolo de Orientação de Visitas Hospitalar – Orientações relacionadas com as normas técnicas de saúde da instituição repassadas aos familiares;

Protocolo de Alta Hospitalar – Orientações repassadas aos usuários e familiares no ato da alta hospitalar como forma de garantir a continuidade do tratamento domiciliar e em nível ambulatorial;

Protocolo de Entrada de Equipamentos Eletrônicos - Instrumental físico, formulário, preenchido na entrada de equipamentos eletrônicos autorizados pelos médicos assistencialistas, não fornecidos pela instituição como: celulares, rádios, televisores, notebook e ventiladores;

Protocolo de Orientações para Pacientes e Acompanhantes / Direitos e Deveres - Norma e rotinas institucionais repassadas para usuários e acompanhantes direcionando não só seus direitos, mas também seus deveres durante o período de internamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho, buscamos apresentar a instrumentalidade do assistente social frente às expressões da questão social na política da saúde. A partir do exposto no primeiro capítulo, foi possível compreender melhor a relação do serviço social brasileiro com a política de saúde, e seu percurso no processo que antecedeu a promulgação da Constituição Federal e, conseqüentemente, o surgimento do Sistema Único de Saúde.

No segundo capítulo, tratamos especificamente da instrumentalidade do assistente social na política de saúde, sua função social e significado na saúde. O profissional assistente social, que é a categoria profissional que tem sua utilidade social expressa a partir do momento em que responde às necessidades das classes sociais, que se transformam através de mediações, e adquire espaço sócio-ocupacional por meio das políticas e serviços sociais, que correspondem à sua esfera de atuação, advém da própria necessidade social, ou seja, enquanto houver expressões da questão social, haverá espaço para a atuação profissional do assistente social, sobretudo em se tratando da política de saúde, quando é possível perceber as inúmeras manifestações das expressões da questão social, que conectam a política da saúde a outras políticas sociais.

Finalmente, no terceiro capítulo, foi apresentada a experiência do estágio supervisionado na política da saúde, o qual foi desenvolvido no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga, onde foi possível conhecer a realidade da rotina do assistente social e como este pode ser o agente que não apenas intervém, mas que pode transformar a realidade onde o usuário está inserido, por meio da garantia dos direitos.

Diante do que fora tratado, o que se pôde concluir é que o assistente social é um profissional de grande importância e funcionalidade na política da saúde, por ser aquele que conecta o usuário à garantia dos seus direitos. É o assistente social quem faz este direcionamento, viabilizando assim o exercício da sua cidadania, buscando novas legitimidades, ultrapassando a barreira da simples requisição instrumental-operativa, sendo um profissional que, frente à sua instrumentalidade e ainda indo além desta no tocante às demandas que atende, tem condições de investir na elaboração de alternativas instrumentais que visem à superação da ordem social do capital.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social**. – Rio de Janeiro, 2016. Disponível em http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf. Acesso em 29 jul 2020.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. **Uma particularidade histórica da pesquisa no Serviço Social**. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 10, n. spe, p. 46-54, 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 ago 2020.

Brasil. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 19 jun 2020.

_____. **Código de ética do/a assistente social**. Lei nº 8.662/93 de regulamentação da profissão. – 10ª.ed. rev. e atual. – Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em 04 jun 2020.

_____. Casa Civil. **Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993** – Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm. Acesso em 04 jun 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Hospitalar**. (Publicado em 30 de junho de 2017) - Brasília, 2017. Disponível em <http://www.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar>. Acesso em 23 jun 2020.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. – Brasília: CFESS, 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 em 04 jun 2020.

_____. **Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde**. – Brasília: CFESS, 2017. Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/LivroSeminarioSaude2009-CFESS.pdf>. Acesso em 05 jun 2020.

COSTA, Danielle Lima. **A política nacional de saúde: o assistente social e os desafios de uma ação interdisciplinar**. Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 22 set 2019. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/49874/a-politica-nacional-de-saude-o-assistente-social-e-os-desafios-de-uma-acao-interdisciplinar>. Acesso em: 22 jun 2020.

FLEURY, Sônia; OUVÉNEY, Assis Mafort. **Política de Saúde: uma política social**. In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 1ª edição - Rio de Janeiro: FioCruz em Coedição com o Cebes, 2008. Disponível em

http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXT0_1_POLITICA_DE_SAUDE_POLITICA_SOCIAL.pdf. Acesso em 28 jun 2020.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). **Cronologia histórica da saúde pública.** – Brasília: 2017. Disponível em <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em 31 jul 2020.

GUERRA, Yolanda. **A Instrumentalidade do Serviço Social.** – Rio de Janeiro: Unirio, 2007. Disponível em <http://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/altineia.neves/instrumentos-e-tecnicas-em-servico-social/guerra-yolanda-a-instrumentalidade-no-trabalho-do-assistente-social/view>. Acesso em 05 jun 2020.

_____. **A dimensão técnico-operativa do exercício profissional.** In: SANTOS, Claudia Mônica dos; BACKX Sheila; GUERRA, Yolanda. (Orgs.). *A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos*. 2. Ed. Juiz de Fora: UFJF, 2013.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. – 40 ed.– São Paulo: Cortez, 2014.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social:** uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. – 8 ed. – São Paulo: Cortez, 2005.

NOVO, Benigno Núñez *et al.* **Legislação do SUS.** In: Revista Jus Navigandi. - Teresina, ano 24, n. 5814, 2 jun. 2019. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/73160>. Acesso em: 27 jun 2020.

PARAÍBA. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019.** (Aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde Resolução nº 0123, de 02 de fevereiro de 2016). Disponível em https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/PB_Plano%20Estadual%20de%20Saude%202016_2019.pdf. Acesso em 23 jun 2020.

PAVÃO, Ana Luiza Braz. **SUS:** em construção ou desconstrução? RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, 2016 jul.-set.; 10(3): Brasília: 2016. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/16982/2/2.pdf>. Acesso em 29 jul 2020.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa. **As dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa:** particularidades e unidade. I Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios Contemporâneos. Londrina, de 09 a 12 de junho de 2015. – Londrina, 2015. Disponível em http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo4/oral/10_as_dimensoes_teorico....pdf. Acesso em 29 jul 2020.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil:** uma pequena revisão. - Cuiabá, 2010. Disponível em <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>. Acesso em 20 jun 2020.

RODRIGUEZ, Adebiano. **Políticas sociais e política de saúde**. Revista Discente do Programa de Pós-Graduação em História, vol. 2, n. 3, jan/jun 2016, UFJF. – Juiz de Fora: 2016. Disponível em <https://www.ufjf.br/facesdeclio/files/2014/09/3.Artigo-D9.Adebiano.pdf>. Acesso em 31 jul 2020.

SILVA, Débora Cristina da; KRÜGER, Tânia Regina. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde**: o significado no exercício profissional. Revista Temporalis, v. 18 n. 35 (2018): Florianópolis, 2018. Disponível em <https://periodicos.ufes.br/index.php/temporalis/article/view/19578>. Acesso em 31 jul 2020.

SILVA, Jamilly Alexsandra da. **Anos de 1980 e a mudança teórico-metodológico no Serviço Social brasileiro**: nota acerca do debate da aproximação com a teoria social e o método de Marx. 16º CBAS, 30 out a 03 nov 2019, v. 16, n. 1. – Brasília: 2019. Disponível em <https://brosequini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/872>. Acesso em 01 ago 2020.

SOBRINHO, Jodeyson Islony de Lima; SOUSA, Ana Cleide Ferreira de; LIMA, Francisca Fabiana. **A Instrumentalidade do Serviço Social nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA's)**. 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 30 out a 03 nov 2019. – Brasília: CFESS, 2019. Disponível em <http://brosequini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/937>. Acesso em 04 jun 2020.

SODRÉ, Francis. **O Serviço Social Entre a Prevenção e a promoção da saúde**: tradução, vínculo e acolhimento. In: Serv. Soc. Soc. [online]. 2014, n.117, pp.69-83. São Paulo, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282014000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 jun 2020.

SOUSA, Charles Toniolo de. **A Prática do Assistente Social**: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. – Emancipação, Ponta Grossa, 8(1): 119-132, 2008. Disponível em <http://www.unirio.br/cchs/ess/Members/altineia.neves/instrumentos-e-tecnicas-em-servico-social/sousa-charles-t-a-pratica-do-assistente-social-conhecimento-instrumentalidade-e-intervencao-profi-ssional/view>. Acesso em 19 jun 2020.

SOUZA, José Marcelo dos Anjos. **Questão Social e Instrumentos Técnico-Operativos de Trabalho do Assistente Social na Saúde**. – João Pessoa: LEIA MAIS, 2019. 8p.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira**: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. Saúde debate [online]. 2016, vol.40, n.108, pp.204-218. ISSN 2358-2898. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000100204&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 27 jul 2020.

YASZBEK, Maria Carmelita. **O Significado Sócio-histórico da Profissão**. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. Disponível em http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/O_significado_socio-historico_da_profissao%20Yasbek.pdf. Acesso em 04 jun 2020.