



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

CRISTINA DA SILVA FERREIRA

O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL EM UM HOSPITAL- ESCOLA

JOÃO PESSOA-PB

2022

CRISTINA DA SILVA FERREIRA

O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL EM UM HOSPITAL-ESCOLA

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

ORIENTADORA: Prof. Dr^a. Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva.

JOÃO PESSOA-PB

2022

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

F383p Ferreira, Cristina da Silva.

O papel do assistente social em um Hospital-Escola /
Cristina da Silva Ferreira. - João Pessoa, 2022.
71 f.

Orientadora : Maria das Graças Miranda Ferreira.
TCC (Graduação) - Universidade Federal da
Paraíba/Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes,
2022.

1. Serviço social. 2. Competências. 3. Atribuições.
I. Silva, Maria das Graças Miranda Ferreira da. II.
Título.

UFPB/CCHLA

CDU 36

CRISTINA DA SILVA FERREIRA

O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL EM UM HOSPITAL- ESCOLA

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

Aprovada em: ____/____/____

BANCA

Prof.^aDr^a Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva
Orientadora(UFPB)

Prof ^aDr^a Ana Lúcia Batista Aurino
Membro da Banca (Examinador- UFPB)

Prof ^aDr^a Danielle Viana Lugo Pereira
Membro da Banca (Examinador- UFPB)

JOÃO PESSOA-PB

2022

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, meu alicerce e força para seguir em frente sempre. Aos meus queridos professores do Curso de Serviço Social (UFPB) e aos guerreiros assistentes sociais do Hospital Universitário Lauro Wanderley.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por proporcionar a possibilidade de ingressar no Curso de Serviço Social e consenguir finalizá-lo.

Aos meus pais, Maria Cecília e Antônio, por serem meu alicerce, meu amor maior. Minhas irmãs Cristiane e Ana Cláudia, grandes incentivadoras, amigas e companheiras. Ao meu namorado Lucas, amigo e parceiro de todos os momentos.

Às minhas amigas e companheiras de curso, em especial, Michele Duda, parceira de todas as horas. Amizade que vai além do curso de Serviço Social.

À minha querida orientadora, professora Gracinha, obrigada pela dedicação, paciência e carinho em todos os momentos, desde a supervisão acadêmica do estágio. Minha eterna admiração por esta pessoa e profissional incríveis.

À minha querida Iris Cunha, supervisora de campo de estágio. Gratidão por me ensinar que um bom profissional, precisa ter antes de tudo, humanidade. Admiração e carinho.

Às professoras queridas, Ana Lúcia e Danielle Lugo, por aceitarem fazer parte deste trabalho. Obrigada por compartilharem deste momento único e especial para mim.

Ao funcionário do Leps, Márcio, por sua atenção, carinho e dedicação aos estudantes e estagiários de Serviço Social.

A todos os profissionais do Serviço Social do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Presto minha sincera homenagem póstuma à grande profissional Marlene, vítima do covid-19.

A todos os profissionais da Clínica Médica do HULW.

A todos os meus professores do Curso de Serviço Social, gratidão aos melhores docentes, por fazerem parte da minha caminhada.

A todos os meus colegas e amigos da turma 2016. 2 Noite, Serviço Social, UFPB.

A todos vocês, MUITO OBRIGADA!!

Um vencedor é um sonhador que nunca desiste.

Nelson Mandela.

RESUMO

A presente pesquisa intitulada: O papel do assistente social em um hospital escola é resultado de observações oriundas do Estágio Obrigatório Supervisionado I em Serviço Social, na Clínica Médica, do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Desse modo, tornou-se perceptível o desconhecimento das reais competências e atribuições do assistente social perante a equipe multiprofissional do setor. Este estudo tem como objetivo geral discutir o papel do assistente social no espaço sócio ocupacional da saúde. Como objetivos específicos elencamos: apresentar os elementos históricos e atuais da política de saúde brasileira; demonstrar o Serviço Social na área de saúde e, por fim, descrever a experiência de estágio em um hospital-escola. A relevância deste estudo se deu devido a tentativa de desnaturalizar a ideia de que o profissional do Serviço Social pode fazer quase “tudo” e atender indistintas demandas. No tocante a metodologia, caracterizamos como uma pesquisa teórica, de base bibliográfica e documental, e, predominantemente, com uma perspectiva qualitativa de análise, e também um relato de experiência. Este trabalho foi fundamentado em fontes secundárias, como livros, artigos científicos, documentos eletrônicos, etc. Esta pesquisa permitiu a ampliação da discussão em tela, por meio do ponto de vista de vários estudiosos sobre a temática abordada. Esta monografia está constituída em três capítulos, subdivididos em dois tópicos cada. Estes, por sua vez, buscaram contemplar os objetivos pretendidos da pesquisa. Em linhas gerais, compreendemos sobre a contradição que existe entre os princípios éticos e políticos do Serviço Social e a área da saúde brasileira imersa nos ditames neoliberais e ultraneoliberais do sistema capitalista, que destrói direitos sociais. A profissão sofreu modificações ao longo de sua história, de acordo com as várias conjunturas socioeconômicas e políticas. A política de saúde esteve e está envolta em dois projetos sociais de saúde opostos, o da reforma sanitária, condizente com a Constituição de 1988, e o Projeto privatista, imposto pelos governos neoliberais. Constatamos que o Serviço Social se coloca na intermediação da relação de antagonismo entre capital e trabalho, e que existe um desafio específico a ser discutido, que muitos profissionais, de outras categorias não compreendem as reais atribuições e competências do Assistente Social e, por último, entendemos a importância da experiência do estágio supervisionado, especialmente em um hospital-escola. Destacou-se também o processo de ruptura, ao se realizar o estágio supervisionado II, através da modalidade remota. É válido salientar que esta experiência contribuiu para a minha futura atuação profissional, pois proporcionou a indissociabilidade da teoria com a prática.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social. Competências. Atribuições. Equipe Multiprofissional. Área da Saúde.

ABSTRACT

The present research entitled: The role of the social worker in a teaching hospital is the result of observations from the Supervised Compulsory Internship I in Social Work in the Medical Clinic of the Lauro Wanderley University Hospital. Thus, the lack of knowledge of the real competences and attributions of the social worker before the multiprofessional team of the sector became noticeable. The general objective of this study is to discuss the role of the social worker in the healthcare social-occupational space. As specific objectives we listed: to present the historical and current elements of the Brazilian health policy; to demonstrate Social Service in the health area and, finally, to describe the internship experience in a teaching hospital. The relevance of this study was due to the attempt to denaturalize the idea that the Social Service professional can do almost "everything" and meet indistinct demands. Regarding methodology, we characterized it as a theoretical research, with bibliographic and documental basis, and predominantly, with a qualitative perspective of analysis. This work was based on secondary sources, such as books, scientific articles, electronic documents, etc. This research allowed the expansion of the discussion in question, through the point of view of several scholars on the theme addressed. This monograph is composed of three chapters, subdivided into two topics each. These, in turn, sought to contemplate the intended objectives of the research. In general lines, we understand about the contradiction that exists between the ethical principles of Social Service and the Brazilian health area immersed in the ultraneoliberal dictates of the capitalist system, which destroys social rights. The profession has suffered modifications throughout its history, according to the various socioeconomic and political conjunctures. The health policy was and is involved in two antagonistic social projects of health: the sanitary reform, consistent with the Constitution of 1988, and the privatist project, imposed by the neoliberal governments. We verified that Social Service is placed in the intermediation of the capital x labor relation, and that there is a specific challenge to be discussed, that many professionals from other categories do not understand the real attributions and competences of the Social Worker and, finally, we understand the importance of the supervised internship experience, especially in a teaching hospital. It is worth pointing out that this experience contributed to my future professional performance, as it provided the approximation of theory with practice.

KEY WORDS: Social Work. Competences. Attributions. Multiprofessional Team. Health Area.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

- ABA** Associação Brasileira de Assistentes Sociais
- ABEPES** Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
- ABRASCO** Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- CAPS** Centro de Atenção Psicossocial
- CBCISS** Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviço Social
- CEBES** Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CFESS** Conselho Federal de Serviço Social
- CF** Constituição Federal
- CLT** Consolidação das Leis do Trabalho
- CNS** Conferência Nacional de Saúde
- CRESS** Conselho Regional de Serviço Social
- DCNT** Doenças Crônicas não transmissíveis
- EBSERH** Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- HUs** Hospitais Universitários
- HULW** Hospital Universitário Lauro Wanderley
- INAMPS** Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- LOAS** Lei Orgânica de Assistência Social
- MEC** Ministério da Educação
- MRS** Movimento de Reforma Sanitária
- MS** Ministério da Saúde
- NASF** Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NOAS Norma Operacional da Assistência Social

NOBS Normas Operacionais Básicas

OMS Organização Mundial da Saúde

PEPP Projeto Ético-Político Profissional

PDE Plano Diretor Estratégico

PDR Plano Diretor de Regionalização do Estado

PMDB Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

PPI Programação Pactuada Integral

PROVAB Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica

PSL Partido Social Liberal

REHUF Programa Nacional de Reestruturação de Hospitais Universitários Federais

RESMEN Residência Multiprofissional em Saúde Mental

RIMUSH Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar

RJU Regime Jurídico Único

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUDS Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

TCC Trabalho de Conclusão de Curso

UFPB Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 ELEMENTOS HISTÓRICOS E ATUAIS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	16
2.1 Movimento de Reforma Sanitária, Constituição Federal de 1988 e o surgimento do SUS	17
2.2 A política de saúde: dos governos de Fernando Collor até os dias atuais (Contexto pandêmico)	23
3 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE	33
3.1 Aspectos históricos e contemporâneos do Serviço Social	33
3.2 Serviço Social e Saúde: Atribuições e competências	41
4 EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM UM HOSPITAL-ESCOLA	50
4.1 Caracterização do campo de estágio	51
4.2 A experiência na Clínica Médica com a equipe multiprofissional do HULW	56
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	66

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho intitulado: *O papel do assistente social em um hospital-escola é fruto de observação durante o Estágio Obrigatório Supervisionado em Serviço Social I*, vivenciado no Hospital Universitário Lauro Wanderley(HULW).

A discussão abordada por este, traz no cerne a temática sobre as competências e atribuições do profissional do Serviço Social na área da saúde. Faz-se necessário destacar que muitos profissionais de outras categorias, que partilham do mesmo ambiente de trabalho, desconhecem o papel deste, independente do seu espaço sócio ocupacional.

Em se tratando do objeto da nossa análise, é relevante salientar, a Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, palco dessa discussão, uma vez que através das anotações no diário de campo no período do Estágio Obrigatório Supervisionado I, surgiu o objeto do meu projeto de intervenção, que, posteriormente, tornaria o tema deste Trabalho de Conclusão de Curso(TCC).

A abordagem desse trabalho perpassa desde os elementos históricos e atuais da política de saúde brasileira, a inserção do Serviço Social na área de saúde, suas competências e atribuições, até a descrição da experiência do estágio em um hospital escola.

No que diz respeito ao Serviço Social, este foi inserido no Hospital Universitário Lauro Wanderley(HULW) no final da década de 1970, período em que a profissão enfrentava um processo de renovação teórico-metodológica, mediante um contexto que refletia sobre o trabalho dos assistentes sociais no intuito de legitimar-se e de conquistar seu espaço. (HULW, 2015)

O assistente social no âmbito da saúde depara-se com muitas questões, para o seu trabalho profissional, desse modo, Silva(2018, p.6) afirma que “existem muitos entraves na busca de efetivação dos direitos dos usuários, bem como a consolidação com o trabalho multiprofissional, que se defronta também com demandas institucionais inadequadas, de forma burocrática, imediatista e assistencialista”.

Isto ocorre, segundo a autora por diversos fatores, dentre os quais a falta de conhecimento das atribuições dos assistentes sociais pelas demais profissões. Vale salientar a pouca participação representativa dos assistentes sociais em situações de decisões ou relevância, no que diz respeito à organização de serviços oferecidos e a criação e ampliação dos espaços democráticos, as dificuldades do trabalho com equipe multiprofissional na saúde.

Com o propósito de dissolver a ideia perante a equipe multiprofissional de saúde da Clínica Médica do HULW, de que os profissionais do Serviço Social podem atender várias demandas que não lhes são atribuições próprias, esta pesquisa se justifica, uma vez que, evidenciará o real papel do assistente social por meio da discussão de suas atribuições e competências profissionais, servindo também para futuras consultas e novas análises sobre o assunto.

Complementando esse pensamento, Lacerda(2014) justifica a relevância do Serviço Social na área da saúde, especificamente em serviços de alta complexidade, como é o caso do hospital. O assistente social, de acordo com a autora, viabilizará o direito do cidadão através de serviços e benefícios, buscando orientar o usuário para sua emancipação humana. Apesar de todos os limites questionáveis das políticas sociais, este profissional, enquanto executor(mas, não somente), não pode fugir deles.

No que diz respeito a metodologia, caracterizamos como uma pesquisa teórica, de base bibliográfica e documental, e predominantemente, com uma perspectiva qualitativa de análise, e também um relato de experiência. Em se tratando de pesquisa bibliográfica, Marconi e Lakatos (2011), afirmam que, ela coloca o pesquisador em contato direto com tudo aquilo que foi escrito sobre determinado assunto, com o objetivo de permitir ao cientista, o reforço paralelo para analisar suas pesquisas ou manipular informações.

Sobre a pesquisa qualitativa, Flick (2009, p.22) aponta: *“é de particular relevância ao estudo das relações sociais devido à pluralização das esferas da vida”*. Para Godoy (1995), a abordagem qualitativa oferece três diferentes possibilidades de se realizar pesquisa, a etnografia, o estudo de caso e a pesquisa documental, esta última pertinente ao referido trabalho. A mencionada autora assim denomina por pesquisa documental: *“o exame de materiais de natureza diversa, que ainda não receberam*

um tratamento analítico, ou que podem ser reexaminados, buscando-se interpretações novas e/ou complementares”. (p.24).

Faz-se necessário destacar que este estudo tem como objetivo geral, discutir o papel do assistente social no espaço sócio ocupacional da saúde. Como objetivos específicos, elencamos: apresentar os elementos históricos e atuais da política de saúde brasileira; demonstrar o Serviço Social na área de saúde, e por fim, descrever a experiência de estágio em um hospital-escola

Com relação a sua estrutura, esta monografia está constituída em três capítulos, com dois tópicos cada. O primeiro trata sobre os elementos históricos e atuais da política de saúde brasileira, como subtópicos, traz uma explanação sobre o movimento de reforma sanitária, o surgimento da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (o SUS) e outro ponto contextualiza sobre a política de saúde, desde o governo de Fernando Collor de Melo até os dias atuais.

O segundo capítulo aborda sobre o Serviço Social na área de saúde e seus aspectos históricos e contemporâneos, bem como as atribuições e competências profissionais nesta área da saúde. O terceiro capítulo versa sobre a experiência de estágio em um hospital-escola, a caracterização do campo de estágio e a vivência na Clínica Médica com a equipe multiprofissional do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).

Portanto, esta pesquisa desenvolve uma discussão bastante pertinente ao Serviço Social, como a contradição existente entre seus princípios éticos e políticos e a área de saúde brasileira, que sofre com os ditames das medidas neoliberais do sistema capitalista. A intermediação do assistente social entre o antagonismo capital e trabalho, e o debate sobre as competências e atribuições deste profissional, que vem se mostrando como um desafio, uma vez que muitos profissionais de outras categorias ainda não o compreendem.

É importante pontuar também, o relato de experiência sobre a realização do estágio supervisionado II, que ocorreu em caráter excepcional na modalidade remota, devido a pandemia da covid-19. Caracterizou-se assim, como um processo que rompeu com as normas e diretrizes, bem como o que apresenta o código de ética da profissão.

2 ELEMENTOS HISTÓRICOS E ATUAIS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A política de saúde no Brasil apresentou várias mudanças relacionadas às condições sociais e históricas que culminaram nas transformações no sistema de proteção social. De fato, é relevante delimitar a história das políticas sociais no país, tendo como divisor de águas a década de 1980. (FIGUEREDO, 2014).

Inicialmente é importante compreender que a construção da política de saúde como política social envolve vários aspectos como políticos, sociais, econômicos, ideológicos, teóricos, culturais, institucionais, entre outros. Sendo esta como uma atividade de proteção social, se posiciona de frente nas relações sociais com gestores, atores políticos de unidades governamentais e empresas, entre os indivíduos e grupos sociais.

Neste sentido, Lucchese (2004) aponta que:

[...] as políticas de saúde agregam a área de ação social do Estado. As mesmas são norteadas para a melhora das circunstâncias de saúde da população e dos espaços natural, social e do trabalho. Sua função específica em analogia às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção e a recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. (p.3)

Indo de encontro a esse pensamento, Ivete Simionatto em um dossiê publicado no Conselho Federal de Serviço Social(CFESS), afirma que, tratar desta política no âmbito da seguridade social e das condições de acessibilidade, significa levar em consideração as relações entre Estado e sociedade. De modo a enfatizar a realidade brasileira, aonde essas relações vêm se transformando progressivamente, merecendo destacar, no caso da saúde, o acesso aos direitos sociais, antes e após a Constituição de 1988.

É necessário frisar ainda a relevância da década anterior, que originou um movimento que anos mais tarde faria toda a diferença para a política de saúde, o Movimento de Reforma Sanitária, resultando, em 1986, na 8ª Conferência Nacional

de Saúde, que propôs que a saúde seja um direito do cidadão e dever do estado e que todos os bens que a promovam e recuperem sejam universais.

Dois anos após esta conferência é criada uma Nova Constituição no Brasil, caracterizada como um marco relevante para o setor da saúde, pois definiu tal setor como uma das prioridades do Estado, ficando este, obrigado a garantir o atendimento de saúde para a população. Assim, a saúde passa a ser entendida como prioridade, para promover condições dignas e produtivas para os indivíduos.

Em linhas gerais, podemos denotar que as propostas da reforma sanitária, resultaram efetivamente na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde(SUS).

2.1 Movimento de Reforma Sanitária, Constituição Federal de 1988 e o surgimento do SUS

O sistema público de saúde do Brasil se encontrava em meados dos anos 1960, na dualidade entre a medicina previdenciária e a saúde pública. Na previdência as ações dirigiam-se à saúde individual dos trabalhadores formais, voltando-se principalmente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão.

Sob o comando do Ministério da Saúde, a saúde pública, direcionava-se em primazia para a zona rural e a camada mais pobre da população. A finalidade eram ações de caráter preventivo. Nesta conjuntura, Paiva e Teixeira (2014) ratificam que as políticas de saúde dos governos militares buscavam incentivar o setor privado, objetivando a privatização de parte dos serviços médicos estatais, considerados como inadequados por não gerarem lucro.

A crise na saúde pública é instaurada pela falta de recursos e o enfraquecimento do poder decisório do Ministério da Saúde. O orçamento para esta pasta cai significativamente. No final da década de 1970, a crise econômica mundial, causada pelo aumento do petróleo, impacta fortemente o país. Desse modo, cresce o número das tensões sociais, além do surgimento de várias formas de mobilização popular em prol de mudanças políticas e melhores condições sociais.

A disseminação dos movimentos sociais e a formulação de propostas para atender a população que vivia à margem da proteção social tornaram-se realidade. No âmbito da saúde podemos nominar o Movimento de Reforma Sanitária, que buscava reverter à lógica da assistência à saúde, bem como denunciava a forma de organização do sistema, no que diz respeito a gastos, privilégios, concentração de renda, entre outros.

Faz-se necessário pontuar que, o Movimento de Reforma Sanitária(MRS) possuía os seguintes princípios: universalizar o direito à saúde; integralizar as ações de cunho preventivo desenvolvidas pelo Ministério da saúde e da Previdência de forma separada; inverter a entrada do paciente no sistema padrão, ou seja, deixar de curativo para tornar-se preventivo; descentralizar a gestão administrativa e financeira e promover a participação e o controle social. (MEDCURSO, 2003, p.8)

O movimento de reforma sanitária brasileira no que diz respeito ao processo de organização avançava na medida em que atingia maiores níveis de institucionalidade. Dentre elas podemos citar o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), instituído por um grupo de sanitaristas da Universidade de São Paulo, objetivando a criação de um periódico especializado, “Saúde em debate”. Tal periódico tornou-se um dos principais disseminadores dos ideais do movimento.

Inserindo-se a este contexto, em setembro de 1979, é criada a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, a ABRASCO, no intuito de organizar os programas de pós-graduação no campo da saúde pública, medicina social e saúde coletiva. Sobre o papel da ABRASCO e do CEBES, Paiva e Teixeira(2014) afirmam:

[...] podemos dizer que essas instituições foram peças-chave para o processo de construção de identidade em torno de uma área de conhecimento batizada no Brasil como saúde coletiva. Campo marcado pela diversidade de saberes e disciplinas, abordagens e perspectivas, foi o palco de um importante movimento de crítica às velhas formas de se praticar saúde pública. (p.22)

A defesa por uma participação social em detrimento de um viés autoritário é o lema da ABRASCO e do CEBES, estas instituições buscavam também a promoção da

saúde e a melhoria da qualidade geral de vida, um sistema único e universal. É importante salientar que estes organismos em conjunto com outros atores sociais foram a base da reforma sanitária, destacando sua ativa participação na 8ª Conferência Nacional de Saúde(CNS) e na restituição da democracia brasileira.

Na discussão da questão de saúde no Brasil, podemos enfatizar a supramencionada 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, na cidade de Brasília- Distrito Federal. O tema central desta Conferência foi trabalhado em três eixos: I. A saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; III Financiamento setorial. Maria Inês Bravo (2001) complementa:

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

Bravo traz à luz o processo da constituinte, bem como a promulgação da Constituição de 1988, que representou juridicamente a promessa de afirmação dos direitos sociais no Brasil frente à grave crise e as demandas para o enfrentamento dos altos índices de desigualdade social. A referida Constituição introduziu avanços que buscaram corrigir as inúmeras e históricas injustiças sociais.

Com relação a Saúde, a Assembléia Constituinte, transformou-se num cenário político, onde os interesses foram divididos em dois polos: os grupos empresariais liderados pela Federação Brasileira de Hospitais, a Associação de indústrias farmacêuticas, e os defensores da Reforma Sanitária, representados pela Plenária Nacional pela saúde na Constituinte.

A autora citada enfatiza que a eficácia das Plenárias foi resultado da utilização conveniente de instrumentos de luta, como a capacidade técnica de formular previamente um projeto de texto constitucional conciso, a pressão sobre os parlamentares e a mobilização da sociedade.

A proposta de emenda popular apresentada pelo médico sanitarista e político Sérgio Arouca, obteve mais de 50 mil eleitores com representatividade em 167 entidades. Após diversos acordos políticos e a pressão popular, o texto da constituinte relacionado a saúde atende às reivindicações do MS (MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA) em detrimento dos interesses dos empresários dos setores hospitalar e farmacêutico.

A redação da nova Constituição Federal inspira-se nas propostas que os sanitaristas lutaram durante vários anos, todavia houve concessões aos grupos empresariais e setores do governo. Questões relevantes como financiamento, medicamentos e saúde do trabalhador não ficaram claras e definidas no texto.

As transformações das práticas institucionais realizaram-se através de medidas que buscavam o fortalecimento do setor público, a universalização do atendimento, a diminuição da participação do setor privado na prestação de serviços para saúde, descentralização política e administrativa e a execução dos serviços ao nível local, resultando na criação, em 1987, do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) e em 1988 o surgimento do SUS (Sistema Único de Saúde).

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser definida como um setor de relevância pública, ficando o Estado obrigado a garantir as condições necessárias ao atendimento da saúde da população. O novo conceito fica expresso no seu artigo 196: *A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença de outros agravos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.* (CF, 1988)

No tocante ao SUS, este é definido pelo artigo 198 da seguinte forma:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção em cada esfera do governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade

Parágrafo único- o Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (CF, 1988)

A concepção do SUS explanada no texto constitucional evidencia sua formulação voltada para as necessidades da população, no intuito de resgatar o compromisso do Estado com o bem-estar social, especialmente no que tange a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Esta visão está relacionada a conjuntura política que o país vivia, saindo de um período militar e iniciando uma era mais cidadã e democrática.

A regulamentação do Sistema Único de Saúde ocorreu em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080. Tal arcabouço jurídico define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento. Os seus princípios doutrinários são: universalidade, equidade, integralidade e os princípios organizativos: hierarquização, participação popular e descentralização.

No que se referem aos objetivos e as atribuições do SUS, Marcos Poligano ao analisar a história das políticas de saúde no Brasil, enfatiza a abrangência e a existência dos desequilíbrios socioeconômicos regionais, isto é, a implementação desse sistema de saúde não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros.

Os recursos destinados aos SUS ficaram estabelecidos na Lei 8.080, que preconiza os recursos provenientes do orçamento da Seguridade Social. Sobre os repasses financeiros, seriam transferidos para os estados e municípios, que deveriam ter como base os critérios de perfis demográfico, epidemiológico, rede de serviços, desempenho técnico e ressarcimento de serviços prestados. As modificações neste

artigo ocorreram com a edição das Normas Operacionais Básicas (NOBs). (POLIGANO, p.24)

No que dizem respeito às NOBs, estas tratam da definição das competências de cada esfera de governo na implementação do SUS e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as novas atribuições, as condições de gestão. Faz-se necessário ressaltar que as Normas Operacionais Básicas não são leis, são manuais de orientação.

A primeira norma foi a NOB/1991, editada pela presidência do INAMPS; Resolução nº. 258, de 7 de janeiro de 1991. A NOB/1993, editada por meio da portaria GM/MS nº. 545, de 20 de maio de 1993, foram a primeira norma exclusiva do Ministério da Saúde e a NOB/1996 sob a portaria GM/MS n. 2.203 de 5 de novembro de 1996, tem como uma das principais características a consolidação da política de municipalização.

Fazendo menção ainda sobre o arcabouço jurídico do SUS, salientamos a Lei Complementar da Saúde. Lei 8.142/90, conhecida como a lei do controle social, responsável pelos Conselhos e Conferências de saúde. Sobre o controle social:

[...] pode ser compreendido no contexto da saúde como um fator de publicização do Estado, esta entendida como articulação de uma relação política entre Estado e Sociedade, onde os interesses divergentes são expressos os embates aceitos e as propostas construídas para a efetivação dos direitos conquistados, visando ao alcance de novos direitos, que possam se tornar agendados e institucionalizados. (BRASIL, 2006, p.20)

A área das políticas públicas de saúde, em sua particularidade tem o controle social como princípio que adquire a centralidade na luta pela democracia, por mudanças que impactem no conjunto das políticas. A participação da comunidade na deliberação, gestão e fiscalização das políticas públicas se torna efetivo com o controle social na perspectiva democrática.

É importante destacar ainda a conjuntura que permeia a criação e implementação do SUS (final dos anos 1980 e início dos anos de 1990). Nesse período o Brasil já

vivenciava a experiência do neoliberalismo, regime econômico que priorizava o modo de produção capitalista, defendendo a mínima intervenção social do Estado.

É nesse cenário que o profissional do Serviço Social, passa a amadurecer sua prática, pois tem que lidar com as novas expressões da questão social, como a redução das políticas sociais, bem como a regressão dos direitos da classe trabalhadora. Em conformidade, Figuerêdo (2014):

[...] compreendem-se a conjuntura da Política de Saúde no Brasil, os obstáculos e os desdobramentos para a efetivação do novo conceito de saúde plasmado a partir da institucionalização da seguridade social com princípios norteadores dos direitos sociais, que foram eminentemente conquistados pela população e incorporados pelas propostas neoliberais. (p.5-6)

Deste modo, entendemos que a política de saúde vai se distinguir de acordo com o período vivido. Desde seu surgimento, o SUS passou por fases de avanços e retrocessos e ameaças de extinção.

2.2 A Política de Saúde: dos governos Collor aos dias atuais (contexto pandêmico)

A política de saúde a partir da década de 1990 encontra-se sob a égide do neoliberalismo, sistema econômico que procura rever o papel do estado, enfatizando sua redução, especialmente nas áreas públicas sociais. Entre os anos de 1991 a 1994, o neoliberalismo e suas raízes privatizantes ganham espaço no país com a eleição de Fernando Collor de Mello.

Analogamente, Pasche et al(2006):

A agenda neoliberal produziu forte influência nas políticas públicas brasileiras. No campo da saúde, pode-se perceber um duplo movimento: ataque à prodigalidade do sistema público de

saúde, notadamente sua universalidade; e resistência política e institucional, com ressignificação de agendas, a partir do qual proposições como descentralização e focalização foram desdobradas em estratégias de consolidação do sistema público e universal de saúde. (p.417)

Um contrassenso com a eleição presidencial de Fernando Collor de Mello é o processo de transição democrática na figura de um governo liberal e conservador. No que diz respeito a área da saúde, a “sabotagem” contra o SUS foi indiscutível. Tais fatos são expressos com os vetos na Lei 8.080/90, impossibilitando a participação popular e a transferência automática dos recursos para as demais esferas do governo.

Os retrocessos são inúmeros, redução dos recursos, edição das Normas Operacionais Básicas, especificamente a NOB 01/91, que mantém como único gestor de saúde o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), consolidação dos municípios como apenas prestadores de serviços, autonomia diminuta na organização de redes de atenção à saúde.

Em meio a denúncias de corrupção e eminente cassação, Collor renuncia em 1992, assumindo o então vice-presidente Itamar Franco. Este, por sua vez, tomou medidas relevantes, como a extinção do INAMPS em 1993, tentativa de ampliação dos recursos para saúde, edição da NOB 01/93, possuindo um viés descentralizador e maior independência para os municípios.

Em contrapartida, ao passo em que no início dos anos 1990 ocorria a consolidação do SUS, esta década foi marcada pelo intenso desfinanciamento do setor, oscilando no quantitativo dos recursos. Como conseqüências podemos citar, o congelamento das tabelas de remuneração do SUS, falta de investimentos, sucateando a rede pública, inferiorizando a qualidade da atenção, ampliação de filas de espera, bem como salários abaixo do mercado para os profissionais da área.

O governo Collor de Mello iniciou o processo de ajuste do Estado brasileiro, mas é na gestão do Presidente da República Fernando Henrique Cardoso que a contrarreforma se torna mais evidente. Ainda no governo de FHC, foi criado um projeto de Reforma Administrativa do Estado. Neste projeto, Bresser Pereira inseriu a reforma gerencial da saúde, solidificada com a NOB 01/96. Considerada como o

início da contrarreforma na saúde a Norma Operacional Básica 01/96, foi apresentada como um progresso para reforma sanitária e não como um extenso processo de contrarreforma.

Torna-se evidente que a edição de uma nova NOB, ratifica a implementação do SUS por vias normativas, através de portarias, regulamentações das leis orgânicas de saúde, tornando um processo de gestão técnica, que posteriormente foi aprimorado com a NOAS (Norma Operacional da Assistência à Saúde).

Duas grandes pautas foram seguidas no governo FHC, no que diz respeito à política de saúde: o fomento de políticas estratégicas, encabeçadas por seus ministros, especialmente José Serra, como os medicamentos genéricos, saúde da família (criação dos PSF's), política de combate ao HIV e a regulação da medicina suplementar e a outra a centralidade da gestão no governo federal.

Com a proposta de aliar desenvolvimento econômico e ampliar as políticas de proteção social, Luís Inácio Lula da Silva é eleito e assume em 2003 o governo do país. A expressão mais forte de sua campanha foi o Programa Fome Zero. Tal programa articulou ações do governo e não-governamentais para a promoção e distribuição de alimentos a partir do fortalecimento da agricultura familiar, estimulando a formação de cooperativas, geração de empregos formais, etc.

Devido a polêmicas criadas com este programa envolvendo vários ministérios, o governo optou pela ampliação de artifícios de transferência de renda para as famílias através do programa Bolsa Família. O programa destinava-se às famílias com renda *per capita* de até R\$ 100 mensais. Os recursos eram utilizados de várias pastas, entre elas da saúde.

Em se tratando da política de saúde neste governo, houve algumas medidas incrementais, como a correção do repasse do piso da atenção básica, aumento dos valores financeiros para as equipes de saúde da família, a política de saúde bucal através do Programa Brasil Sorridente, a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o Programa Farmácia Popular, expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004-2007) etc.(MENICUCCI, 2011).

Pasche et al (2006) acrescenta que embora a implementação dessas medidas sugira uma maior presença da esfera pública na composição do gasto em saúde, a maioria das famílias brasileiras estão recorrendo à saúde suplementar. Deste modo:

[...] a forte presença do gasto privado (de famílias) com saúde revela uma situação de iniquidade e descompasso entre a base discursiva e a real efetivação da política de saúde no Brasil. Em um país que elege a saúde como um bem de relevância pública, a constatação de que o maior gasto tem origem privada sinaliza um longo caminho a ser percorrido no reconhecimento da saúde como pleno e inalienável direito de cidadania. (p.420)

Entre os anos de 2007e 2010, configurado como o segundo mandato de Lula, não ocorrera muitas inovações em relação aos quatro primeiros anos de governo, exceto à ênfase para pesquisa e desenvolvimento tecnológico, produção de vacinas, medicamentos, o programa Mais Saúde: Direito de Todos, etc.

Sobre o programa Mais Saúde, é pertinente destacar que, não é compatível com o projeto de reforma sanitária, pois a saúde é concebida como um espaço de estratégias, econômica, tecnocrática, com processos avaliativos instrumentalistas e políticas que geram conflitos e contradições de suas raízes mais concretas.

Evidencia-se que a política de Lula não difere das anteriores, uma vez que o foco principal do governo tenha se distanciado das políticas universalizantes e habilitadoras como saúde e educação, para priorizar os programas assistenciais, destinados aos mais pobres, como o Bolsa Família.

Como continuação do governo petista, as eleições de 2010 trazem um resultado histórico para o país, elegendo a primeira mulher para presidência da república, Dilma Rousseff. Durante sua campanha eleitoral apresentou compromissos programáticos similares aos oito anos do governo de Lula. No tocante à saúde não houve mudanças significativas no que diz respeito a reforma sanitária, nem o SUS.

O início da gestão de Dilma teve como prioridade a redução dos gastos públicos e a manutenção do subfinanciamento, fortalecendo o setor privado. Tornou-se notório o aumento no número de planos e seguros privados, a incorporação de altas tecnologias, a financeirização da saúde, como as tentativas de privatização do SUS.

Alguns destaques devem ser mencionados nesse governo: em 2011 é criado o Nasf (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), a instituição da Lei nº 12. 527/2011, a chamada Lei de Acesso à informação, o Plano de Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (Provab), a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), esta, por sua vez, gerou inúmeras manifestações pelo país, com questionamentos relacionados à administração dos hospitais universitários.

Faz-se necessário destacar as Jornadas de Junho e o Programa Mais Médicos. Em meados de 2013, ocorreram manifestações, onde os brasileiros foram às ruas em prol de vários assuntos, entre eles destaca-se o Movimento do Passe Livre, motivados pelos aumentos da passagem em São Paulo. Tais manifestações se espalharam por grande parte do território brasileiro.

Em contrapartida a essas manifestações, o governo apresenta o Programa Mais Médicos. O argumento para justificar tal programa foi o problema histórico da falta de médicos e para aprimorar a atenção básica no país. Essa realidade não foi recebida de forma positiva pelos médicos e outras parcelas da sociedade.

O segundo mandato de Dilma foi marcado pelo descompromisso com o SUS. Diante do cenário instável na política, as manifestações pró e contra o governo voltaram a acontecer. Instalou-se também uma crise econômica. Com a perda da base parlamentar, o pedido de abertura para o impeachment, seguido da cassação do então presidente da Câmara Eduardo Cunha. No dia 31 de agosto de 2016, Dilma perde oficialmente seu cargo.

Reis e Paim (2018) complementam:

[...]. Diante desse cenário, com a Lava Jato e os ataques ao ex-presidente Lula, as forças a favor do golpe atuaram para desconstruir políticas implementadas por ele e os setores que ele representava. Era evidente que o combate à corrupção era apenas um disfarce diante das reais intenções por trás do golpe. (p.109)

Assume a presidência da república, após o golpe, o vice-presidente Michel Temer. A partir de seu governo, corrobora-se a aceleração e a intensificação das políticas a

favor do desmonte do Brasil. As propostas de contrarreformas executadas por Temer são embasadas em alguns documentos formulados nos anos 2015 e 2016 pelo seu partido, o PMDB.

Sobre a contrarreforma, Bravo e Pelaez (2020), analisam que esta, tem como objetivo a continuidade do processo de privatização da saúde, respaldados pelo congelamento dos recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, dentre elas a saúde, a proposição de planos de saúde populares, retrocessos na saúde mental, bem como mudanças na PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) e a articulação com o setor privado.

Sobre o financiamento, é importante citar a Emenda Constitucional 95/2016, conhecida como “Teto dos gastos”, que estabelece um novo regime tributário e determinou que nenhum investimento em áreas sociais poderá ultrapassar o reajuste da inflação durante vinte anos. Isto configura-se um dos maiores absurdos do governo Temer.

A política de saúde, de acordo com as autoras mencionadas, teve seu orçamento reduzido no ano de 2018 em R\$ 179 milhões, valores retirados em detrimento do fortalecimento do SUS, destinados para melhorias da estrutura e qualidade dos serviços de saúde. Tal medida favorece ainda mais o capital em prol do fundo público para favorecimento do setor privado e financeiro.

Dando prosseguimento à linha neoliberal de governar, com maioria dos votos, os brasileiros elegem para presidente em 2018, o candidato do PSL, Jair Bolsonaro. Alguns estudiosos apontam que sua filosofia para administrar o país vai além do neoliberalismo, denominando-se utraneoliberalismo. Vislumbramos desse modo, o agravamento da crise social através da agilidade dos ajustes fiscais e das medidas de contrarreformas.

Henrique Fontana, em artigo publicado em 2019 na Carta Capital, assinala que o governo responde à crise com uma política econômica, que ao invés de minimizar os problemas sociais, aponta seu agravamento. A gestão Bolsonaro-Guedes, através das reformas utraneoliberais comprometem estruturas fundamentais para o desenvolvimento do país.

No que diz respeito à saúde, é necessário fazer uma análise inicial sobre os 100 primeiros dias de gestão, período anterior à Pandemia do Covid 19. De antemão, verifica-se a avalanche de retrocessos, como o fortalecimento da saúde suplementar, defesa do setor privado, retirada de recursos do SUS, revisão da política de saúde para população indígena, reformulação do Programa Mais Médicos, fortalecimento das Santas Casas, redução dos CAPS, etc.

Diante a esse cenário, no final deste ano, precisamente 31 dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, China. Tratava-se de uma nova cepa, de vírus, que não havia sido identificada antes em seres humanos. O mundo iria se deparar com uma doença viral, altamente letal, a Covid -19.

Devido a inexistência de medidas preventivas ou até mesmo terapêuticas específicas para o coronavírus, e sua rápida taxa de transmissão e contaminação, a OMS recomendou a adoção de algumas medidas pelos governos, como uso de máscara, proibição ou restrição de funcionamento de escolas, universidades, locais de convívio público, transporte público, além de outros espaços que pudesse haver aglomeração.

O Brasil também adotou diversas medidas, tais quais as mencionadas acima. Trabalhadores foram orientados a exercerem suas funções em casa. Algumas autoridades chegaram a decretar *lockdown*, o bloqueio total, no intuito de evitar a disseminação da doença.

Vale salientar que estas medidas foram propostas no país a partir de março de 2020, com estimativa de um isolamento social inicialmente de um mês. No entanto, não se esperava que a doença se alastrasse tão rápido e perdurasse até os dias atuais, contabilizando apenas no Brasil mais de 600 mil mortes em menos de dois anos.

O contexto pandêmico está envolto não apenas numa crise de saúde pública, que culminou em milhares de mortes, a incongruência sobre a vacinação, entre outros, agudizou as crises econômicas e sociais. Deve-se muito à postura do presidente Jair Bolsonaro em lidar com estas problemáticas. Neste sentido:

Em meio a pandemia da COVID-19, falas do presidente contrárias ao distanciamento social da população, em direção oposta ao conhecimento científico, expressando explicitamente a preocupação com os lucros dos empresários. A busca pelo enfrentamento à pandemia demonstrou aviltantes condições de trabalho, afora a tentativa de redução de salários, censuras e outras barbaridades. E por fim, sem esgotar os exemplos, a constatação dos ataques à democracia, com o governo perseguindo ideologicamente a imprensa, buscando substituí-la por “Fake News” em redes sociais, que é a forma do executivo se comunicar com a sociedade. (BORGES; MATOS, 2020, p.74)

Mediante o exposto, compreende-se que o momento vivido no país, não é algo pontual, isolado. Uma vez que, como mencionam os autores, o sistema capitalista pressupõe a crise, é algo inerente, necessária para equilibrar a dinâmica do capital. O Brasil está aliado a uma agenda econômica e financeira em um aprofundamento do neoconservadorismo.

A política de saúde não está excluída destas crises conjunturais perpassadas pelo país. É notório que ao longo de sua existência vários elementos foram se adensando para estruturar o sistema de saúde atual. Os direitos sociais adquiridos através de árduas lutas populares está se esvaindo a cada dia, mediante a uma conjuntura de barbárie social.

Tal conjuntura perdura até os dias atuais, mas especificamente, nos anos 2021/2022. Onde estamos vivendo ainda a crise global sanitária da Covid-19. Segundo dados publicados no portal Folha, de agosto de 2021, indicadores como educação, economia, saúde, social e meio ambiente, enfrentaram grandes retrocessos na gestão Bolsonaro.

Houve um aumento da desigualdade e da pobreza, apesar do pagamento do Auxílio Emergencial, subsidiado através do projeto de lei n.9236/17, sancionado em abril de 2021, pelo referido presidente da República. A concessão de uma renda básica emergencial de R\$600,00 até R\$1.200,00, foi destinada aos grupos vulneráveis com a pandemia.

Contudo, esse valor não durou muito, e o auxílio emergencial do governo federal foi reduzido em valor no segundo semestre de 2020, além de que muitas famílias que tinham o direito de receber o auxílio não conseguiram por várias razões, dentre elas

a desorganização e o descaso deste Governo em não acionar a Política da Assistência Social para administrar a organização das famílias necessitadas, já que esta é a política que lida com esse público, e repassou a administração desse repasse à Caixa Econômica Federal, que demonstrou grande dificuldade nesse processo de repasse do benefício.

No final deste ano de 2020, o auxílio emergencial foi interrompido e houve toda uma morosidade do governo em aprovar o novo valor, deixando as famílias pobres ainda mais desamparadas. Nesse contexto, volta a crescer os indicadores sociais da fome e extrema pobreza, e o Brasil passa a fazer parte novamente do Mapa da Fome da ONU, que tinha sido superado nos governos do Presidente Lula da Silva.

Com o fim do Auxílio Emergencial, cortes sucessivos no orçamento do Programa Bolsa Família, e sua extinção, tão almejada pelo atual governo Bolsonaro, entra em cena, o Auxílio Brasil, trazendo novas mudanças, não tão agradáveis. De acordo com dados de dezembro de 2021, do Dieese (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos), a situação socioeconômica do país no final de 2021 foi desoladora e trouxe reflexos para 2022, a manutenção do crescimento econômico inexpressivo, inflação em alta, recordes de desemprego, retrocessos das políticas sociais e dos direitos dos trabalhadores.

Assolado pela pandemia, o Brasil está sem rumo devido à omissão do governo federal no combate à covid-19 e avança para mais retrocessos por conta da política econômica que agravou a desigualdade social e aumentou a pobreza. Ainda segundo o Dieese, são as pessoas mais pobres que estão sendo mais impactadas pela alta da inflação, desemprego, aumento da informalidade nas ocupações laborais, etc.

Dessa maneira, Costa (2020)

Em plena era da informatização do trabalho, do mundo maquinal e digital, estamos conhecendo a informalização do trabalho, dos terceirizados, dos precarizados, dos subcontratados, dos flexibilizados, dos trabalhadores em tempo parcial e do subproletariado. Se no passado recente a classe trabalhadora apresentava níveis de informalidade apenas marginalmente, hoje mais de 50% dela se encontra nessa condição - aqui, a informalidade é concebida em sentido amplo -, desprovida de direitos, fora da rede de proteção social e sem carteira de trabalho. Desemprego ampliado, precarização

exacerbada, rebaixamento salarial acentuado, perda crescente de direitos - esse é o desenho mais frequente da classe trabalhadora.

Neste viés de extinção de direitos, fragilidade das relações de trabalho, bem como das condições sociais e econômicas num todo, é que a maioria dos brasileiros se encontra. Chegamos a meados de 2022, com um saldo de mais de 669 mil mortos por covid-19, mais de 15% da população sujeita a insegurança alimentar grave, onde muitos estudiosos vão afirmar que o Brasil voltou ao mapa da fome, como dito anteriormente. Josué de Castro (1980) aponta que a fome é a expressão biológica de males sociológicos, que está relacionada com as distorções econômicas.

Diante deste cenário, enfatizamos o papel de um profissional que possui grande relevância, o assistente social, que de acordo com Soares, et al (2021), apesar da complexidade e das profundas contradições existentes no momento atual, o Serviço Social brasileiro não fugiu à luta. Vários profissionais enfrentaram os desafios da intensificação das expressões da questão social em tempos de políticas sociais ultraneoliberais.

3 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE

[...] O Serviço Social não é exclusivo da saúde, qualifica o profissional a atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive a saúde. (CFESS, 1999)

O exercício profissional do assistente social esteve em seu processo histórico, envolto na atribuição de valores, bem como a postura ética. Em se tratando do âmbito da saúde, o Serviço Social integra essencialmente a equipe multiprofissional, possuindo o papel de analisar, investigar e perceber as transformações estruturais do capitalismo e também as expressões da questão social e suas particularidades.

A inserção mais efetiva do profissional do Serviço Social na área da saúde no Brasil, remonta ao período da criação do Sistema Único de Saúde, o SUS. A contribuição do assistente social ocorre na efetivação das propostas desse sistema. Bravo (1996) enfatiza que historicamente a atuação deste profissional sofreu algumas transformações.

Torna-se pertinente a afirmação que o trabalho do Serviço Social possui suas particularidades, de modo que, coopera com os serviços de saúde. Este processo envolve atividades, saberes e habilidades especiais, mobilizando, articulando e colocando em prática unidades de serviços, tecnologias, procedimentos operacionais, entre outros.

Faz-se necessário destacar que para uma análise mais abrangente sobre a inserção do assistente social na saúde é preciso conhecer sua trajetória, demarcando o final da década de 1980, explicitando bem, os desafios da profissão, dentre os quais os projetos antagônicos sociais de saúde: o privatista e o da reforma sanitária.

3.1 Aspectos históricos e contemporâneos do Serviço Social

O trabalho do assistente social na saúde emerge quando a OMS (Organização Mundial da Saúde, em 1948 começa a questionar os hábitos da população e seus

reflexos no processo saúde/doença. Neste sentido, tornou-se fundamental um profissional que trabalhasse em prol do acesso e viabilização de serviços e benefícios para estas pessoas. Esta ideia foi reforçada com a Reforma Sanitária e a real necessidade de melhoria das condições de saúde da população. (VIDAL; GUILHERME, 2019, p.10)

Anteriormente a estes acontecimentos, é relevante salientar sobre a institucionalização da profissão, que ocorreu no Brasil na década de 1930. Neste período o país iniciava seu processo de industrialização e urbanização, especialmente na Era Vargas. Havia a urgência de profissionais que amenizassem as expressões da questão social, advindas no início do século XX, intermediando os conflitos entre os interesses do capital e do trabalho.

O viés assistencialista e caritativo permeia sua gênese, expressando o perfil do assistente social da época. Silva (2018) aponta o conservadorismo católico como uma característica do Serviço Social nos anos iniciais, especificamente, a partir dos anos 1940. Tem como base também o Serviço Social norte-americano, vinculadas ao conservadorismo da teoria social positivista.

Em conformidade a este pensamento, Yazbek (2009) assinala que a reorientação da profissão em uma conjuntura capitalista, requer a qualificação e sistematização de seu espaço sócio ocupacional, uma vez que, é preciso atender as requisições do Estado que está iniciando a implantação de políticas sociais.

Tomando como referência o raciocínio da autora citada, a revisão teórico-metodológica do Serviço Social acompanha as mudanças conjunturais. O Estado fez uso dos assistentes sociais como um recurso de enfrentamento da questão social, vista desde seu surgimento, como uma questão moral, desvinculada do seu contexto social.

A pretensão do Estado era o controle da força de trabalho, através da atenuação das seqüelas da questão social, com a efetivação das políticas sociais, resultante da mobilização e organização da classe trabalhadora que reivindicavam melhorias sociais, para reprodução e manutenção do sistema atual conforme exigência do próprio sistema.

O objetivo da inserção do Serviço Social como profissão foi de mediar os problemas existentes entre os empregados e empregadores. É válido mencionar que os assistentes sociais de então, praticavam em seu exercício, o assistencialismo, no entanto, com o passar do tempo, e novas questões se apresentando, junto com as exigências do mercado de trabalho, puseram-se em xeque a formação técnica, metodológica e operativa.

Trazendo a discussão para o campo da ética, esta é uma dimensão muito valorizada no Serviço Social, especificamente a ética profissional. Suas determinações são mediadas pelo conjunto de necessidades e possibilidades, de demandas e respostas que legitimam a profissão na divisão social do trabalho da sociedade capitalista, evidenciando a sua origem e também sua histórica trajetória. (BARROCO, 2009)

Após a regulamentação da profissão, surge o Código de Ética profissional. A criação do primeiro Código de Ética Profissional foi em 1947, seguido pelos códigos de 1965 e 1975. Ambos possuem bases assistencialistas e conservadoras. Barroco; Terra (2012) acrescentam:

O primeiro Código de Ética Profissional do Assistente Social foi elaborado pela ABA (Associação Brasileira de Assistentes Sociais). A profissão foi regulamentada em 1962, quando foram criados os Conselhos Federal e Regionais de assistentes sociais (CFAS/CRAS). Com a reformulação do Código de Ética, em 1965, e sua aprovação pelo CFAS, o Código de Ética adquiriu caráter legal. (p.43)

Ao tratar dos primeiros códigos, as autoras explicam o Serviço Social tradicional, endossado nos pressupostos neotomistas, positivistas e funcionalistas, envolto numa ética profissional aparentemente neutra, isto é, o direcionamento dos assistentes sociais ocorria de forma corretiva, objetivando o bem comum e a justiça, como está pautado nos referidos códigos.

Todavia há de se frisar algumas diferenças entre os três códigos. O primeiro Código (1947) era extremamente doutrinário e subordinado aos dogmas religiosos; o segundo (1965) evidenciava traços de renovação profissional no contexto da

modernização conservadora; e o terceiro (1975) configurou-se como uma das expressões da reatualização do conservadorismo. (NETTO, 1991)

O final da década de 1950 denota um quadro socioeconômico marcado pela industrialização, imputando novas demandas de intervenção da questão social para os (as) assistentes sociais. Vislumbrou-se uma erosão no Serviço Social tradicional, uma vez que, as transformações impostas exigiam uma adequação profissional, repercutindo assim, no aperfeiçoamento de novos conceitos éticos, científicos e culturais dos profissionais.

Novas configurações surgem para caracterizar a expansão do capitalismo no mundo nos anos 1960, impondo à América Latina um modelo de desenvolvimento subordinado e excludente. Este momento histórico trouxe inquietações e insatisfações para o Serviço Social. Era eminente uma revisão profissional nas esferas teórica, metodológica, operativa e política.

Neste sentido, surge um movimento de renovação do Serviço Social na América Latina, impondo aos assistentes sociais a necessidade da criação de um novo projeto comprometido com as novas demandas trazidas pelas classes subalternas através das mobilizações populares. Envolto neste movimento estão os questionamentos para a profissão e apropriação da teoria social de Marx.

Em virtude disto, salientamos o movimento de Reconceituação, considerado como um marco para o Serviço Social, pois representa uma significativa mudança, uma vez que objetivava a desvinculação do Conservadorismo. Voltava-se para uma análise crítica da realidade social, visando um melhor desempenho no agir profissional ao atender as demandas da questão social, ordenado em bases teórico-metodológicas para superar as práticas tradicionais. (VIANA et al, 2015)

Este movimento desenvolveu-se no contexto de ditadura militar, que ocorreu no Brasil entre 1964 a 1985, causado por interesses imperialistas, com pretensões de disseminação do modelo econômico capitalista, bem como frear a expansão do comunismo na América Latina. Nesse cenário autocrático burguês, o Serviço Social era solicitado a novas demandas. E devido a este contexto de ditadura no Brasil, o movimento de reconceituação brasileiro não teve força para efetivar-se,

principalmente quando comparado com outros países da América Latina nesta mesma época.

No tocante a prática profissional, houve uma expansão do mercado de trabalho advindas da implantação de uma modernização imposta pelo Estado, a reprodução do capital e a manutenção de modelos econômicos. Para o assistente social, as possibilidades de trabalho em instituições estatais ou privadas requeriam uma postura moderna para atender as exigências burocráticas e administrativas. Netto (2005) complementa que o desempenho tradicional do assistente social é substituído por procedimentos racionais.

Compartilhando o mesmo pensamento, Iamamoto (2010) denomina o movimento de Reconceituação, como uma contestação ao tradicionalismo profissional, implicando em um questionamento global da profissão, os fundamentos teóricos e ideológicos, as raízes sociais e políticas, de modo a afirmar que tal movimento é um processo que visa oferecer ao Serviço Social uma prática mais eficaz embasados em novos caminhos teórico-metodológicos.

Nesse ínterim, é necessário salientar as perspectivas da renovação do Serviço Social. Netto (2005) apresenta três perspectivas: perspectiva modernizadora, perspectiva de reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura. A perspectiva modernizadora é apresentada pelo autor citado, como um esforço para adequar o Serviço Social, como instrumento de intervenção a ser operacionalizado nas estratégias do desenvolvimento capitalista.

O ponto alto dessa perspectiva foi através dos Seminários de Araxá (1967) e Teresópolis (1970) organizados pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviço Social (CBCISS). Esses eventos possibilitaram que a perspectiva modernizadora fosse formulada por seus participantes e nos documentos que deles se originaram, emergiram importantes instrumentos de suporte para as políticas de desenvolvimento.

Os seminários de Sumaré (1978) e Alto da Boa Vista (1984) demarcam a fase terminal da referida perspectiva. Surgem novas questões relacionando o Serviço Social com a cientificidade: a fenomenologia e a dialética. De modo que a segunda perspectiva, definida por reatualização do conservadorismo, se ancorou no

pensamento fenomenológico e não impôs mudanças significativas no agir profissional.

A intenção de ruptura, enaltecida como terceira perspectiva almejava o total rompimento com o Serviço Social Tradicional. Recorreu principalmente ao pensamento marxista, tido como maneira de desenvolvimento para sociedade. De acordo com Netto (2005, p. 263) é caracterizada pela formação massiva de assistentes sociais críticos. Emersos principalmente pelo método de Belo Horizonte, que surgiu na Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais, elaborados por jovens profissionais que pretendiam dar um novo formato ao Serviço Social.

Ao adotar o Marxismo como referência de análise, a abordagem da profissão como componente da sociedade intrínseca na dinâmica das relações sociais, passou a participar do processo de reprodução dessas relações. (IAMAMOTTO, 2014). Neste sentido, destacamos como referência para o Serviço Social os anos 1980 e 1990. Este período imprimiu o direcionamento da ação dos assistentes sociais no Brasil.

Podemos enfatizar as questões envoltas na formação profissional, como o currículo de 1882e as atuais diretrizes curriculares, eventos acadêmicos resultantes de experiências profissionais, Convenções, Congressos, Encontros e Seminários, direcionados pela regulamentação legal do Serviço Social e pelo Código de Ética.

No viés da organização e representação profissional, Netto (1996) apresenta o Serviço Social numa fase de maturação. Em conformidade, Yazbek:

[...] Maturação que ganhou visibilidade na sociedade brasileira, entre outros aspectos, pela intervenção dos assistentes sociais, através de seus organismos representativos, nos processos de elaboração e implementação da Lei Orgânica da Assistência Social-LOAS (dezembro de 1993). E também da implementação da LOAS, e de outras políticas sociais públicas, com os processos descentralizadores que se instituem no país, no âmbito dessas políticas, que observa-se a diversificação das demandas ao profissional de Serviço Social. (2009, p.13-14)

Mediante uma conjuntura de redemocratização, com a Constituinte de 1988, os assistentes sociais, iniciam uma jornada para assumir novas atribuições, indo além de executores de políticas sociais para planejadores e gestores de tais políticas. Faz-se necessário ressaltar ainda que as décadas de 80 e 90 do século XX somatizam um novo perfil para a questão social brasileira.

A vulnerabilidade do trabalho coexistiu com o desgaste do sistema público de proteção social, também seu reordenamento e a crescente subordinação das políticas sociais para as políticas de ajuste econômico, vinculadas a restrições de gastos públicos e a privatização. Em meio a um cenário marcado por contradições, de ordem econômica imposta pela economia internacional, nasce no país o sistema de Seguridade Social.

Behring e Boschetti (2011, p.144) apontam o conceito de seguridade social atrelado “às políticas de previdência, saúde e assistência social, oriundas de um processo de inovações democráticas, como o novo estatuto dos municípios como entes federativos independentes, conselhos paritários de políticas e de direitos e a instituição de orçamentos para subsidiar a seguridade social. ”

As políticas sociais foram reordenadas em detrimento das políticas de estabilização da economia, permeadas pelo sistema neoliberal, denominaram as áreas sociais como filantrópicas e formularam programas seletivos e focalizados de combate à pobreza. Novas questões se impuseram ao Serviço Social, tanto do aspecto de intervenção profissional, quanto do embasamento dos seus conhecimentos.

Os assistentes sociais na década de 1990 se viram confrontados com as transformações societárias e desafiados a compreenderem novas intervenções configuradas nas manifestações da questão social, expressas através da precarização do trabalho e a penalização da classe trabalhadora na sociedade capitalista contemporânea. (YAZBEK, 2009)

O Serviço Social nesta década encontrou-se consolidado mediante as transformações societárias que ocorriam na época. Houve avanços como a maior participação da categoria nas entidades representativas, um projeto ético político integrado por valores, escolhas teórico-metodológicas, políticas, éticas e técnico-

operativas numa direção social crítica-dialética, objetivando a defesa dos direitos sociais, trabalhistas e outros.

No que diz respeito à direção social que norteia a profissão, enfatizamos o Código de Ética de 1993, as Diretrizes Curriculares de 1996 e a Legislação que regulamenta o Serviço Social através da Lei n. 8662 de 07/06/93.

O Código de Ética do assistente social de 1993, de acordo Barroco e Terra (2012) reafirmam a liberdade e a justiça social como seus valores fundantes, adotando esta prerrogativa como padrão de conduta para o exercício profissional. Assim, o valor ético central ocorre na relação estabelecida entre o assistente social, seus usuários e demais profissionais.

As Diretrizes Curriculares da ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social) apontam uma nova vertente curricular, articulando três núcleos fundamentais, traduzidos como o conjunto de conhecimentos que constituem a formação profissional: o Núcleo de fundamentos teórico-metodológicos da vida social; o Núcleo de fundamentos da formação sócio histórica da sociedade brasileira e o Núcleo de fundamentos do trabalho profissional. (ABEPSS, 1996)

A Lei Federal de n. 8662 de 7 de junho de 1993, descreve o exercício profissional dos assistentes sociais no Brasil. Este instrumento legal, sancionado em um período de consolidação teórica e políticas do Serviço Social, pós reconceituação, não trouxe muitos avanços no tocante as definições das atividades profissionais. (FELIPPE, 2018)

Guerra (2014, p. 38) faz uma síntese sobre estes documentos:

[...] inscrevem-se tanto os valores que a profissão determina, o conjunto das competências socioprofissionais e políticas quanto a direção político-profissional estratégica. Então, Lei de Regulamentação, Código de Ética e Diretrizes Curriculares da formação profissional não são apenas instrumentos jurídicos, contemplam também orientações técnico-operativa e ideopolíticas[...]. Traduzindo tais valores e princípios para as particularidades do exercício profissional, o projeto ético-político explicita-se na exigência de competência; a qual não depende somente de uma vontade política e da adesão de valores, mas da capacidade de torná-los concretos.

A autora citada chama a atenção sobre a capacidade de irmos além da adesão e defesa discursiva dos valores e princípios humanistas e democráticos do nosso Projeto profissional, pois, tornou-se fundamental exercermos, efetivamente, nossa instrumentalidade profissional, com competência em todas as suas dimensões, para concretizarmos aquilo que está posto no aparato legal da profissão, e, se assim não acontecer, ficaremos na vontade política sem viabilização dos direitos sociais.

A discussão em torno das competências do Serviço Social implica em desafios, uma vez que há dificuldade de efetivação dessas competências, e de suas atribuições específicas, já que a profissão lida com interesses institucionais e do sistema capitalista, que são contrários aos da profissão. Além dos inúmeros espaços sócio ocupacionais que podem favorecer uma atuação fragmentada em cada uma das expressões da questão social.

Destarte, torna-se relevante a discussão sobre as atribuições privativas e competências profissionais do assistente social. O debate ocorre a partir da concepção de ruptura com o conservadorismo, bem como, considera o exercício profissional embasado no atual Código de Ética, na lei de regulamentação e nas diretrizes curriculares. Em se tratando do nosso objeto de estudo, enfatizaremos com maior afincamento as competências e atribuições na área da saúde.

3.2 Serviço Social e Saúde: Atribuições e competências

Inicialmente é imprescindível analisar a trajetória do Serviço Social na área da saúde a partir da década de 1990, período este, permeado por desafios à profissão. Trataremos de dois projetos sociais de saúde, e que são antagônicos: o da Reforma Sanitária, que luta pela democratização dos direitos e que tem na Constituição Cidadã sua base, e o Projeto Privatista, que se fundamenta nos princípios neoliberais do capitalismo.

O Projeto de Reforma Sanitária demanda aos assistentes sociais a democratização das informações que viabilizem o acesso ao atendimento integral de saúde, atendimento humanizado, estratégias de articulação entre os serviços de saúde,

para fortalecer a proteção social por meio da rede sócio assistencial, também demanda a busca ativa das problemáticas sociais e a capacitação e mobilização para a participação cidadã na vida em sociedade. Em contrapartida, o Projeto Privatista, enfatiza a atuação do assistente social através de práticas individuais, seletivas, fiscalizadoras.

Sobre o marco temporal,

[...] a década de 1990 é marcada pela hegemonia da tendência intenção de ruptura e, não por acaso, quando o Serviço Social atinge sua maioria intelectual; é também, nesta mesma década, que se identifica a ofensiva conservadora a esta tendência. O questionamento à tendência intenção de ruptura afirma que o marxismo não apresenta respostas para o conjunto dos desafios postos a profissão pela contemporaneidade. (CFESS, 2009, p.12)

Este período foi marcado por uma conjuntura histórica adversa, onde o Brasil estava submetido a influência neoliberal e o redirecionamento do papel do Estado, com reformas orientadas para o mercado. (LIMA et al, 2019, p.2). O país expressa assim, um momento de transformações regressivas relacionadas à Constituição de 1988, a democratização do Estado e a Seguridade Social.

Vale salientar que estes sofreram inúmeras regressões devido à financeirização da economia, os sistemas de mercado impostos pela globalização e a urgência de uma reforma do Estado. Podemos acrescentar ainda a questão das privatizações de instituições públicas estatais, altos juros, precarização das políticas públicas, apelo nas vendas dos planos de saúde privados, entre outras. Tais questões afetaram significativamente os rumos da saúde pública brasileira.

As autoras explicam que o neoliberalismo vigente, refletiu nas mudanças da saúde, opondo-se aos dois projetos, o privatista e o da Reforma Sanitária, ligado aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a vinculação ao mercado, passou a ser notório, que, esta política de saúde se tornaria um importante negócio para a exploração do capital.

Relacionando o Serviço Social com este debate, percebemos que na área da saúde o principal lema foi o projeto de Reforma Sanitária, construído a partir da metade dos anos 1970. Tal projeto possuía relação direta com o projeto profissional dos

assistentes sociais. De modo que, cabe aos assistentes sociais formular estratégias para buscar, reforçar e criar experiências nos serviços de saúde em prol do direito social à saúde, norteado pelo projeto ético-político. (CFESS, 2009)

O projeto profissional do Serviço Social apresenta sua construção legitimado no pluralismo como elemento fundamental, tanto para a sociedade quanto para o exercício da profissão. As características desse projeto estão pautadas nos valores, ideais éticos e políticos, que assinalam o compromisso com os interesses dos trabalhadores, opondo-se ao projeto neoliberal, que promove a redução dos direitos sociais, a privatização do Estado e também o descompromisso com os serviços públicos e a redução das políticas sociais.

Sarreta (2008) complementa que em se tratando da área de saúde, destaca-se o reconhecimento dos fatores que condicionam e determinam a saúde da população, como por exemplo, trabalho, renda, alimentação, moradia, educação, entre outros acessos a bens e serviços essenciais. Nesse sentido, a autora menciona o conceito ampliado de saúde, sendo este,

[...] como decorrência das condições de vida e de trabalho da população, está fundamentado no reconhecimento dos aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais, determinantes do processo saúde-doença. As expressões da questão social na área da saúde revelam-se assim, nas desigualdades sociais, e conseqüentemente, incidem nos grupos sociais com menor renda. (2008, p.41)

A análise destes elementos é considerada necessária para o assistente social, no que diz respeito a participação na formulação e desenvolvimento das políticas sociais no campo da saúde. Sarreta (2008) aponta ainda o enfoque à integralidade da assistência, compreendida como um conjunto articulado dos serviços preventivos e curativos exigidos em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde do Brasil.

Portanto, o assistente social ao considerar o conceito ampliado de saúde, entende que promover saúde significa promover boa qualidade de vida, principalmente aos mais socialmente vulneráveis, por meio da viabilização do acesso a todos os direitos.

Iamamoto (1992) ratifica que o assistente social necessita ter clareza sobre suas atribuições e competências e analisa o trabalho deste profissional na atualidade, especificamente na área de saúde, como uma categoria inserida num processo de especialização, que faz parte da divisão sociotécnica do trabalho, integrando-se também a uma conjuntura globalizada, atribuindo formas e limitações para a profissão.

Com base na Lei de Regulamentação da Profissão, as competências e atribuições requisitadas aos assistentes sociais e que são imprescindíveis para compreensão do contexto sócio histórico, são:

Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade; análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais; compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ações contidas na realidade; identificação das demandas presentes na sociedade visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996).

O assistente social dispõe de atribuições específicas em se tratando da política de saúde. De acordo com Sarreta (2008), as atribuições ressaltam o viés interdisciplinar para a atenção integral, junto com as ações intersetoriais e comunitárias que aproximam o cotidiano da população e amplia o conhecimento da realidade local e regional. O desenvolvimento de estratégias em equipe possibilita a compreensão da saúde como um direito e questão de cidadania para a sociedade.

No que diz respeito ao Serviço Social, Matos (2015), destaca como atribuições privativas àquelas que se remetem exclusivamente para a profissão, como coordenar cursos e equipes de Serviço Social nas instituições públicas e privadas e as competências, são as ações que estes profissionais podem desenvolver, mesmo não lhe sendo particulares.

O autor complementa ao tratar a competência como resultado de um projeto que se constrói coletivamente, abastecida de produção intelectual e da sua organização

política. Dessa forma, é necessário pontuar as entidades da categoria, como a ABEPSS e o conjunto CFESS/CRESS, que contribuem para a qualificação formativa e nas lutas pela garantia das condições éticas e técnicas do trabalho.

As atribuições e competências do assistente social, em qualquer espaço sócio ocupacional, norteiam-se através dos direitos e deveres constantes no aparato legal da profissão, através do Código de Ética e da Lei de regulamentação do Serviço Social. O artigo 2º do Código de 1993 assegura:

a) garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código; b) livre exercício das atividades inerentes à profissão; c) participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais; d) inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional; e) desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional; f) aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código; g) pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população; h) ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções; i) liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos. (CFESS, 2009, p.16)

Os deveres profissionais estão dispostos no artigo 3º do referido código. Determina o desempenho de suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor; utilização de seu número de registro no Conselho Regional no exercício profissional; abster-se no seu exercício, de práticas que caracterizem a censura, cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, realizando a denúncia aos órgãos competentes. (CFESS, 2009).

O Ministério da Saúde elenca oito atribuições para o assistente social na área de saúde. Podemos citar: a discussão com os usuários sobre as situações problema; realizar acompanhamento social do tratamento da saúde; estimular a participação do usuário no seu tratamento de saúde; discutir com os demais membros da equipe de saúde sobre a problemática do paciente; elaborar relatórios sociais e pareceres sobre matérias específicas do Serviço Social; participar de reuniões técnicas da

equipe interdisciplinar e discutir com os familiares acerca da necessidade de apoio para recuperação e prevenção de saúde do usuário.

Sobretudo, é relevante acrescentar que o Conselho Nacional de Saúde em consonância com o Conselho Federal de Serviço Social, reconheceu a profissão como parte integrante da área da saúde, através das resoluções nº 218 de 06 de março de 1997 (CNS) e a nº 383 de 1999 e nº 196 de 1996 (CFESS).

Os princípios fundamentais descritos no Código de Ética de 1993 são instrumentos legais para a delimitação das atribuições e competências dos assistentes sociais em todos os espaços sócio ocupacionais, inclusive a área da saúde. Assim, considera-se que o assistente social na saúde desenvolve suas ações em dimensões complementares e indissociáveis, como: Assistencial, em Equipe, Sócio educativa, Mobilização, Participação e Controle Social, Investigação, Planejamento e Gestão Assessoria, Qualificação e Formação Profissional. (CFESS, 2009)

O artigo 4º da Lei de Regulamentação da profissão estabelece como competências do assistente social:

Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais; planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta, indireta, empresas privadas e outras entidades; prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade. Planejamento, organização e administração de serviços sociais e de Unidade de Serviço Social; realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto aos órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades. (CFESS, 2010, p.36)

Faz-se necessário destacar que competência difere de atribuição, da mesma forma que Terra (1998) define as competências como qualificações profissionais para

prestações de serviços, reconhecidas pela lei, independentemente de serem atribuídas a profissionais de outras áreas. Todavia, se as atribuições forem privativas, pode ser considerada como competência, haja vista que são exclusivas e decorrem da sua formação profissional.

No que diz respeito às atribuições privativas, o CFESS, em cartilha publicada em 2010 sobre os Parâmetros para a atuação do assistente social na área da saúde, elenca 13 atribuições específicas do Serviço Social, definidas no artigo 5º da Lei n.8662/93. A saber:

1. Coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
2. Planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
3. Assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades em matéria de Serviço Social;
4. Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
5. Assumir, no magistério de Serviço Social, tanto a nível de graduação quanto pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
6. Treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
7. Dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;
8. Dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;
9. Elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos e outras formas de seleção para assistentes sociais, de onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;
10. Coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;
11. Fiscalizar o exercício profissional por meio de Conselho Federal e Regionais;
12. Dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
13. Ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

Em se tratando das principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social é a democratização das informações através de atendimentos individuais e coletivos, a construção do perfil socioeconômico dos usuários, criação de rotinas de ações e protocolos e do prontuário exclusivo do Serviço Social, garantia de notificação junto à equipe multiprofissional de suspeita/constatação de violência dos direitos e políticas de proteção, realização de atividades sócio educativas, incentivo para a participação de usuários nas instâncias de controle social. (CFESS, 2010)

O assistente social integra a equipe multiprofissional, composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, entre outros profissionais que são fundamentais para o atendimento integral do usuário. No entanto, o Conselho Federal de Serviço Social, chama a atenção para os profissionais da categoria, não permitirem sua banalização no âmbito de trabalho diante dos demais componentes da equipe de saúde.

É neste sentido que o CFESS defende a importância deste documento que norteia os assistentes sociais acerca de suas atribuições e competências profissionais. Torna-se cada vez mais frequente, situações em que estes profissionais se deparam no cotidiano laboral, com demandas que não são pertinentes à sua formação.

Não contemplam suas atribuições: marcar consultas e exames, solicitar regulação de ambulância para remoção e alta, pesagem e medição de crianças, realizar a comunicação de óbito, emitir declaração de comparecimento na unidade hospitalar quando o atendimento não foi realizado pelo assistente social e demais ações que não estejam de acordo com o Código de Ética de 1993.

Podemos compreender que o assistente social, atuando na área da saúde, mas especificamente, em hospitais, como é o caso, do nosso objeto de estudo, viabiliza a garantia dos direitos fundamentais relacionados à saúde, através da realização de entrevistas, relatório social, visitas domiciliares, dinâmicas de grupo, entre outros instrumentos técnico-operativos, no intuito de promover o desempenho de suas competências e atribuições.

O CFESS em consonância com o Código de Ética explicita a plena autonomia dos profissionais do Serviço Social, seja em qualquer espaço sócio ocupacional. No que tange ao âmbito hospitalar e nos demais serviços sociais da saúde, o exercício de

seu trabalho deve advir da junção da sua independência e criatividade. Assim, para definir suas estratégias e o uso de seus instrumentais técnicos, o assistente social tem o direito de organizar seu trabalho de acordo com a realidade que atua. (CFESS, 2011)

Destarte, o assistente social, como um profissional generalista, também pode se inserir na área da saúde e atuar nas políticas públicas hospitalares, como é o caso do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), palco da análise deste estudo. Tornou-se evidente que, este profissional em particular, possui suas competências e atribuições, no entanto como é recorrente acontecer, elas não são devidamente apreendidas, não apenas pelos usuários, como principalmente para os demais profissionais de saúde.

É neste viés que o presente trabalho se norteia, na tentativa de elucidar estas dúvidas existentes, observadas no período do estágio supervisionado em Serviço Social, no HULW. As experiências como estagiária foram sumamente relevantes para proporcionar a discussão tão cara ao Serviço Social, que são suas competências e atribuições profissionais.

4 EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM UM HOSPITAL-ESCOLA

A vivência no estágio supervisionado, o qual integra o processo de formação, permite que o discente articule o conhecimento absorvido na Academia com a realidade social, que durante o processo irá sistematizar o conhecimento apreendido entre estas duas esferas que estão intimamente vinculadas e representam uma relação dialética de complementaridade. (MENDES; BASTOS, 2017, p.12)

O Estágio Supervisionado desempenha um papel fundamental na formação acadêmica do graduando em Serviço Social, uma vez que proporciona o encontro da teoria com a prática profissional.

Sobre a concepção de Estágio Supervisionado, Lewgoy (2013) aponta que a proposta de estágio em sua lógica curricular, necessita superar a fragmentação do processo de ensino e aprendizagem, de modo que promova uma intensa convivência acadêmica entre professores, alunos e sociedade. Isto configura-se então como um desafio político e uma exigência ética, ou seja, ter que construir um espaço crítico e reflexivo e ao mesmo tempo buscar soluções. (p.74)

Em se tratando desta afirmação, a autora ratifica a indissociabilidade entre supervisão e estágio, formação profissional, bem como prega as Diretrizes Curriculares. Esta concepção entra em consonância com o Código de Ética profissional, que preconiza valores como a garantia dos direitos sociais, ampliação e consolidação da cidadania, defesa da democracia, equidade e justiça social, dentre outros.

No que diz respeito às contribuições para a formação do assistente social, salientamos além da aproximação do aluno/ estagiário com a ação profissional, a possibilidade da realização de análises críticas, com o objetivo de desvelar as expressões da questão social, que surgem diariamente nos espaços sócio-ocupacionais onde os profissionais se inserem. O estágio supervisionado em Serviço Social foi introduzido como disciplina obrigatória na matriz curricular em 1996 através das Diretrizes Curriculares. (BABIUK et FACHINI, 2015, p. 1)

A resolução nº 533 de 2008 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), trata da supervisão direta em seu parágrafo 1º, compreendendo como a conjugação entre a atividade de aprendizagem realizada pelo aluno no campo de estágio através do acompanhamento direto do supervisor de campo e a orientação e avaliação desenvolvidas pelo supervisor vinculado a instituição de ensino.

A supervisão em Serviço Social é uma atribuição privativa do/a profissional graduado na área, de acordo com a alínea do artigo 4º da Lei que regulamenta a profissão de Assistente Social, nº. 8.622. Yolanda Guerra (2002), afirma que o estágio supervisionado propicia a construção da identidade profissional, objetivando profissionais qualificados, capazes de investigar e produzir conhecimentos acerca de sua prática, em um contexto político e socioeconômico.

É importante ressaltar que o referido capítulo tem como objetivo apresentar minha trajetória durante os Estágios Supervisionados I e II, realizado no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), especificamente na Clínica Médica desta instituição. O tópico 1 abordará a caracterização do campo de estágio e o 2, trará um relato da vivência como estagiária na Clínica Médica.

4.1 Caracterização do campo de estágio

O Hospital Universitário Lauro Wanderley, mais conhecido como HULW, foi fundado em 1980, integrando-se ao Campus I da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Está localizado no bairro do Castelo Branco, em João Pessoa/PB.

Além de ser uma instituição de saúde, o HULW tem um propósito acadêmico, sendo este um dos hospitais-escola mais reconhecidos da Paraíba, oferece vários serviços especializados de média e alta complexidade, viabilizando atendimento para usuários de todos os municípios paraibanos. O hospital atualmente divide-se em duas áreas: ambulatorial e hospitalar. A instituição de saúde oferece ainda:

[...] especializações *Latu-Sensu* em Residência Médica nas áreas de Anestesiologia, Clínica Médica, Cirurgia Geral,

Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Oftalmologia e Terapia Intensiva e Doenças Infectocontagiosas, além de disponibilizar campo de prática na profissionalização dos cursos de medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, farmácia, odontologia, serviço social, psicologia, educação física, comunicação social, entre outros. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY, 2010)

No período anterior a sua criação, a Universidade Federal da Paraíba, recorria a outras instituições de saúde para dar suporte aos seus cursos como medicina, odontologia, enfermagem, nutrição, farmácia, etc., como o Hospital Santa Isabel, Clementino Fraga e também o Hospital Guedes Pereira. O Hospital Universitário da Paraíba foi planejado ainda na década de 1960, tendo sua construção iniciada no ano de 1968, realizadas em quatro etapas e inaugurada parcialmente em 1981. (MEC- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO).

Sobre o papel do hospital, nos dias atuais, no que tange à Assistência, Ensino e Pesquisa na Rede de Atenção à Saúde, o HULW conta com 225 leitos ativos, 10 laboratórios e 80 consultórios médicos. Nesse espaço são realizados cerca de 15 mil consultas/mês, 614 internações/mês, 485 cirurgias/mês e até 65 mil exames/mês, sendo 70% da demanda de pacientes em nível ambulatorial e 30% de pacientes internados. A nossa taxa de ocupação é, em média, de 78% e o tempo médio de permanência é de 9,4 dias. (PDE, 2018-2020)

Apresenta-se na rede de atenção à saúde como serviço especializado de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, sendo hospital referência para todo o Estado da Paraíba e demais estados circunvizinhos. A instituição tem importante papel na atenção à saúde, tendo em vista a diversificação de especialidades disponíveis.

O HULW possui um papel de destaque na estrutura na Rede de Atenção à Saúde, tanto para internação como para atenção ambulatorial especializada. Todavia, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado (PDR) a Programação Pactuada e Integrada (PPI) deve ser respeitada.

Faz-se necessário salientar que o referido hospital, integra atualmente a rede EBSEH desde dezembro de 2013. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

é uma estatal vinculada ao Ministério da Educação (MEC) e administra atualmente 40 hospitais universitários federais.

A EBSEH tem como objetivo a parceria com as universidades para aperfeiçoar os serviços de atendimento à população através do SUS (Sistema Único de Saúde), bem como a promover o ensino e a pesquisa nas unidades filiadas. Criada em dezembro de 2011, tal empresa é responsável pela Gestão do Programa Nacional dos Hospitais Federais (Rehuf).

Todavia há ressalvas quanto a implementação da EBSEH:

Com a proposta de implementação da EBSEH(Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) em 2010, o modelo de gestão que é trazido para os hospitais universitários mostra um alinhamento a uma lógica gerencial própria de empresas privadas.[...] O que acaba de representar um confronto entre essa forma de gestão e alguns princípios propostos pela gestão do SUS, como a regionalização, a participação social, a integralidade da assistência, entre outros.[...]percebe-se que há uma contraposição entre dois modelos de gestão, um orientado pela lógica pública e o outro orientado pela lógica privada. (BORGES; BARCELOS; RODRIGUES, 2018, p.76)

Todavia, em meio às críticas, a EBSEH gerencia 80% das unidades de saúde vinculadas a instituições de ensino superior no Brasil. Em se tratando do financiamento dos hospitais universitários está dividido entre as áreas de educação e saúde. (SILVA, 2020, p.53). Neste sentido, o Plano Diretor Estratégico justifica a partir do Decreto nº 7.082 de 27 de janeiro de 2010, a prerrogativa de criar condições materiais e institucionais para que os HUs pudessem desempenhar plenamente suas funções com relação ao ensino, pesquisa e extensão e a assistência à saúde.

Atualmente, o HULW possui um quantitativo de 1.789 servidores, sendo vinculados ao RJU (Regime Jurídico Único) 805 colaboradores e 984 contratados através de concurso público da EBSEH. Existe também o apoio de servidores terceirizados com 251colaboradores para atividade-meio. (PDE, 2018, p.27). Os profissionais contratados pela EBSEH, embora mantenham o mesmo espaço e cargos que os ligados o RJU, não possuem direitos às garantias e estabilidade de cargos federais.

As universidades federais perdem a gestão dos Hospitais Universitários ao conveniar-se com a EBSEH, que possui a autonomia de planejar, orçar e avaliar, evidenciando o processo de privatização destas instituições. Entende-se neste sentido, que a possibilidade do privado, já presente desde a conformação do SUS na década de 1980, reforça-se na medida em que o processo de empresariamento do mundo se acentua nas mais diversas áreas.

No tocante a questão dos HUs, evidenciamos a preponderância do privado sobre o público, podemos citar como exemplo o regime de trabalho CLT imposto aos trabalhadores da EBSEH. Nota-se dessa forma, que a política de saúde se tornou um negócio relevante para a exploração do capital. Iamamoto (2009, p.3) complementa que, o trabalho profissional resulta tanto da história quanto dos agentes que dele se dedicam.

Trazendo essa discussão para a atuação dos assistentes sociais na EBSEH, salientamos o contexto da precarização dos serviços públicos de saúde, que vem acompanhado do crescimento expressivo dos planos de saúde, bem como medidas legais que retira o caráter público da política de saúde. Deste modo, tal política entra em detrimento para que o neoliberalismo amplie seus ideais e bases de acumulação, através da retirada do que é público e universal. (LIMA, et al, 2019)

Representando uma conquista para os assistentes sociais, os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde, criado pelo CFESS, auxilia os profissionais na sua prática, tanto no âmbito privado como no público. Este documento aponta quatro eixos de atuação, como: o atendimento aos usuários, mobilização, participação e controle social, investigação planejamento e gestão, e também gestão, assessoria, qualificação e formação profissional.

Em conformidade com os Parâmetros, o Código de Ética sinaliza que o assistente social se insere no espaço sócio ocupacional da saúde, em prol da viabilização dos direitos, onde o profissional irá atuar diretamente com o usuário por meio da socialização de informações sobre os benefícios e direitos, e ainda o acompanhamento do paciente no processo da internação e alta hospitalar.

Os hospitais universitários, através de sua característica de Hospital-Escola, possibilitam que os discentes em consonância com os assistentes sociais, realizem

estudos e pesquisas, para o aprimoramento da formação e construção teórica, além dos estágios supervisionados para a aprendizagem das práticas profissionais e as residências voltadas à especialização profissional.

No que diz respeito a minha prática como estagiária no Hospital Universitário Lauro Wanderley, é pertinente explicar que o campo específico do estágio foi a Clínica Médica. As práticas educativas ocorriam no turno vespertino, de segunda à quarta-feira, com uma carga horária semanal de 12 horas. Vale destacar ainda que as informações apresentadas a seguir, são passíveis de mudanças, uma vez são dados do final de 2019 e início do ano de 2020.

Sobre a Clínica Médica do HULW, localiza-se no 5º andar, está dividida por duas alas A e B que possuem três tipos de enfermarias, com 2 leitos, 4 leitos e enfermaria de isolamento. Os usuários dos serviços ofertados pela clínica são maiores de 18 anos à idosos, de ambos os sexos.

As internações ocorrem de acordo com as várias especialidades, dentre elas: endocrinologia, neurologia, cardiologia, propedêutica, pneumologia, gastroenterologia, reumatologia, hematologia, dermatologia, nefrologia. Estas são respaldadas por vários profissionais da área de saúde, residentes da RIMUSH (Residência Integrada, Multiprofissional em Saúde Hospitalar), residentes da RESMEN (Residência Multiprofissional em Saúde Mental) e pelo Serviço Social. O setor possui três assistentes sociais, duas pela manhã, cada uma responsável por cada Ala, e outra à tarde.

A implantação do Serviço Social no Hospital universitário Lauro Wanderley, ocorreu desde a época da sua criação na década de 1980 e desde então essa categoria preocupa-se com a evolução e o registro de sua prática profissional. Reafirmando que o assistente social é dotado de uma formação generalista, isto é, está apto a atuar em vários espaços sócio ocupacionais. Por isto, Rocha e Oliveira afirmam que:

O Serviço Social na saúde vai atuar com base na consolidação do seu Projeto Ético-Político-profissional (PEPP) em defesa do projeto de Reforma Sanitária, orientando suas ações com base na democratização, interdisciplinaridade e incentivo a participação social. O assistente social por sua vez é um profissional de

formação genérica crítica com fundamentos teóricos e explicativos de outras áreas do saber, que lhe permite a possibilidade de consolidação de uma visão de homem e de mundo na perspectiva de totalidade. (p.2)

Sobre os setores de atuação dos assistentes sociais no HULW, estão vinculados a unidade de Atenção Psicossocial, no Ambulatório, nos Programas (PROAMA, Fissurados, SAE/MI) nas clínicas (CTI, clínica cirúrgica, clínica pediátrica, DIP, clínica médica) na unidade materno-infantil (pré-natal, obstetrícia, UTI NEONATAL) e na unidade de Atenção à Mulher (planejamento familiar, ginecologia e mastologia).

A experiência do Estágio Supervisionado I em Serviço Social distinguiu-se do Estágio Supervisionado II, uma vez que, iniciamos o contexto da pandemia da covid-19, e a prática não pôde ser possível devido as restrições impostas pela questão de saúde pública. Todavia, ressalto que o objeto de estudo deste trabalho não foi modificado em sua totalidade, isto é, o estágio I, proporcionou o despertar da análise sobre as competências e atribuições do assistente social na Clínica Médica e a relação das assistentes sociais com a equipe multiprofissional.

4.2 A experiência na Clínica Médica com a equipe multiprofissional do HULW

Antes de adentrarmos a discussão sobre a relação do Serviço Social com a equipe multiprofissional do Hospital Universitário Lauro Wanderley, é necessário descrever a experiência do Estágio Supervisionado.

O estágio supervisionado I em Serviço Social teve início no dia 22 de outubro de 2019, com o acolhimento dos discentes ao HULW. Todos os estagiários do presente período acadêmico foram recepcionados pelo Professor Dr. Ângelo Brito Pereira de Melo (gerente de ensino e pesquisa do referido hospital).

No dia 29 do corrente mês, os estagiários do Serviço Social, participaram de uma reunião com os supervisores de campo e pedagógico. Neste momento foram transmitidas orientações, a entrega do crachá de identificação e o termo de compromisso de estágio.

O primeiro dia efetivo como estagiária, ocorreu no dia seguinte. Fui supervisionada pela assistente social da Unidade Materno Infantil, uma vez que minha supervisora de campo, (assistente social da pediatria) encontrava-se no XVI Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais- 40 anos da “ virada do Serviço Social” realizado em Brasília.

A experiência na Unidade Materno Infantil foi bastante rica. Tal setor está localizado no 3º andar do hospital, conta com duas alas A e B. A sala do serviço social possui duas mesas, cinco cadeiras, uma impressora, um computador, um armário, um bebedouro, ar condicionado, de modo que as instalações físicas de trabalho são favoráveis. Na semana seguinte, mais precisamente no dia 04 de novembro de 2019, fui remanejada pela coordenadora do Serviço Social, para a Clínica Médica, sob a justificativa desta unidade não ter sido contemplada com nenhum estagiário.

Fui apresentada a assistente social da Clínica Médica, que desde o primeiro momento foi bastante receptiva e acessível. Os dias da semana para o estágio foram de segunda à quarta-feira, com uma carga horária definida em 4 horas diárias. A rotina de trabalho e os instrumentais utilizados nesse setor me foram expostos pela eficiente supervisora, está sempre me explicando como tudo era feito. Após alguns dias de observação, ficou estabelecida minha rotina de atividades diárias.

A tarde geralmente iniciava-se com a ida ao balcão da enfermagem das alas A e B, para realizar o registro fotográfico do mural onde estavam as admissões dos usuários. Feito isto, voltava à sala do Serviço Social e atualizava o mapa. Sempre acompanhava Iris na visita aos leitos para realização de entrevistas simplificada e ampliada. Também me fazia presente na ida para as “colméias”, sala que continha os prontuários dos pacientes e onde eu anexava documentos.

De modo geral, no que diz respeito às atividades que realizei conjuntamente com minha supervisora foram:

- Entrevistas simplificadas e ampliadas;
- Acolhimento (receber o usuário, familiares e acompanhantes nos serviços onde atuam os assistentes sociais);
- Escuta qualificada;
- Visita ao leito;

- Orientação ao usuário e familiares (relação às normas e regras do HULW e convívio com demais usuários);
- Acompanhamento social (acontece quando após a entrevista simplificada, identificam-se demandas para o Serviço Social);
- Emissão de documentos (declarações, autorizações, etc.);
- Preenchimento e atualização dos mapas das clínicas A e B;
- Reunião multiprofissional (residentes RESMEN e RIMUSH);
- Reunião intraprofissional (assistentes sociais);
- Contato familiar;
- Contato multiprofissional (enfermagem, médicos, nutricionista, psicólogos etc.);
- Contato administrativo (recepção);
- Atendimento extra (hospitalar);
- Participação em interconsulta.

No tocante aos instrumentais utilizados na Clínica Médica, podemos citar: o livro de ocorrências, neste são anotadas todas as atividades realizadas durante o dia; as entrevistas simplificadas e ampliadas, a estatística mensal, o sistema AGHU, o Google drive, onde estão salvos modelos de autorizações, declarações, etc.

Distinguindo-se da primeira experiência de estágio supervisionado I, a etapa seguinte, o estágio supervisionado II, ocorreu de forma atípica, contrariando todas as regulamentações da UFPB, ABEPSS e outras entidades a respeito do formato remoto para estágio supervisionado. Esta realidade foi justificada devido a um acontecimento de força maior, que surgiu no final de dezembro de 2019, em Wuhan, na China, e se espalhou por todos os países do mundo, o Coronavírus, mais conhecido como Covid-19.

A Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global. O Brasil identificou a primeira contaminação pelo vírus no final de fevereiro de 2020. A declaração de transmissão comunitária no país veio em março, mês que foi registrada a primeira morte. No intuito de conter a propagação da Covid-19, o governo adotou medidas de isolamento social. Este isolamento ocorreu devido a

situação emergencial que o mundo vivia, impondo quarentena e distanciamento social, através do fechamento de comércio, escolas, transportes públicos etc.

Em se tratando das aulas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), estas foram interrompidas de forma presencial em meados de março, bem como as atividades de estágio supervisionado. De modo que o estágio I foi interrompido antes do seu término, que ocorreria dia 1 de abril de 2020.

Com o agravamento da pandemia, a data para retorno das atividades foi se distanciando. Em julho deste mesmo ano a UFPB, retoma as atividades na modalidade remota, todavia não acontece o mesmo com os estágios supervisionados. Apenas no ano seguinte, mais precisamente um ano depois, iniciando no dia 05 de abril de 2021 e se encerrando no dia 19 de julho deste mesmo ano, de forma integralmente online.

É importante destacar o caráter de excepcionalidade do estágio supervisionado na modalidade remota, pois contraria resolução aprovada em 29/09/2008 pelo CFESS, que regulamenta a supervisão direta do estágio supervisionado em Serviço Social. A ABEPSS, também se posicionou sobre o Serviço Social na pandemia, e defendeu os valores ético-políticos para a formação profissional. A associação orientou a suspensão de estágios supervisionados, pois esse processo de supervisão é realizado envolvendo três sujeitos: Supervisor/a Acadêmico/a, Estagiário/a e Supervisor/a de Campo.

Devido ao hiato de tempo existente entre o período do estágio supervisionado I para o estágio supervisionado II, a UFPB se posiciona favorável as atividades de estágio na modalidade remota. A resolução nº 01/2021 dispõe sobre a modalidade de estágio remoto e o aproveitamento de participação em projetos de extensão como estágio supervisionado II, de maneira excepcional, durante o período do isolamento social, decorrente da pandemia do coronavírus.

Neste sentido, em se tratando do curso de Serviço Social, após várias discussões com o corpo docente, supervisores de estágio supervisionado acadêmico e de campo, estagiários, etc., definiu-se o retorno das atividades para a realização de estágio supervisionado. Vale destacar, que ficou optativo aos estagiários, se aceitava ou não. Os estagiários, do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW),

tiveram suas atividades direcionadas ao mesmo campo, só que de modo remoto. No entanto, os estagiários que estavam em outros campos, bem como os discentes que iriam para o estágio supervisionado I , foram direcionados para o projeto de extensão Rede Criança - PB.

O projeto de extensão Rede Criança – PB: Plataforma digital de serviços e proteção e defesa das crianças e adolescentes da Paraíba é um desdobramento da pesquisa de violação de direitos e vulnerabilidade social de crianças e adolescentes e famílias do estado da Paraíba e das políticas de enfrentamento.

Estas ações foram articuladas através do Plano de atividades pensadas e discutidas e construídas de forma coletiva, com os professores do curso, supervisores de campo e estagiários, direcionaram as atividades a serem realizadas. Ficou assim disposto:

- Realizar as atividades em ambientes virtuais: via Google meet, Zoom e outros;
- Encontros sistemáticos organizados e ministrados pelas assistentes sociais, supervisoras de campo, para apresentar as atividades desenvolvidas nos setores do Hospital Universitário Lauro Wanderley- HULW-UFPB durante o exercício profissional;
- Apresentação de estudos de casos de usuários/as, situações vivenciadas pelos/as assistentes sociais durante o exercício profissional, para serem analisados entre os/as Assistentes Sociais e os/as estagiários/as;
- Explicitar como se desenvolvem as relações interprofissionais durante o atendimento ao usuário/a no contexto institucional;
- Convidar profissionais de outras instituições de saúde para apresentar as suas experiências profissionais promovendo uma roda de conversas, nesse contexto de pandemia com a interlocução do/as estagiários/as;
- Possibilitar diálogos que abordem a operacionalização dos instrumentos técnico-operativos dos/as Assistentes Sociais na sua prática na área de saúde, bem como, apresentar a documentação institucional utilizada no cotidiano profissional;

- Promover encontros no semestre entre as turmas de Estágio Supervisionado II do HULW-UFPB, em parceria com as supervisoras de campo e acadêmica, para discutir a Supervisão de Estágio na Saúde;
- Auxiliar o/a estagiário/a no processo de sistematização do conhecimento e aprendizagens, orientando suas produções.

Os pontos descritos no Plano de Atividades foram cumpridos pela supervisora de campo, com encontros nas terças-feiras para estudo de caso, palestras com as Assistentes Sociais do HU sobre Instrumentos e Técnicas; Serviço Social na instituição privada, com a assistente social do Hospital Nossa Senhora das Neves, Diálogo entre profissionais e estudantes do Serviço Social da UFPB, com os assistentes sociais das áreas da educação, assistência e saúde.

Em linhas gerais podemos acrescentar que, embora o Estágio Supervisionado II tenha sido totalmente diferente das vivências do Estágio Supervisionado I, teve sua relevância. No entanto, o período mais rico, tanto em conhecimentos acadêmicos, quanto ao sentimento de experiência para o futuro profissional foi o primeiro. Neste período, durante o cotidiano como estagiária, o que me instigou como objeto para o projeto de intervenção foi o desconhecimento das atribuições e competências dos assistentes sociais no âmbito da saúde, pelos demais profissionais das outras categorias.

Primeiramente, o intuito seria socializar as reais competências e atribuições do assistente social na saúde para os usuários e a equipe multiprofissional da Clínica Médica, porém, devido os imprevistos da pandemia, tive que reduzir apenas para os profissionais de saúde do setor. Tal assunto justifica-se pelos fatos recorrentes acerca das reais demandas do Serviço Social, como se este profissional, por vezes, fosse um “faz tudo”.

Neste sentido, Silva (2018) aponta que o assistente social se depara no âmbito da saúde com muitos entraves para realizar sua prática profissional, segundo ela:

[...] existem constantes entraves entre a busca pela efetivação dos direitos dos usuários e a consolidação dos espaços profissionais do Assistente Social, incluindo sua articulação com o trabalho multiprofissional, cuja situação é paralela à incongruência das demandas institucionais, apresentadas de forma burocratizada, imediatista e assistencialista. Isso ocorre por diversos fatores, dentre os quais se podem citar a falta de

conhecimento das atribuições dos assistentes sociais pelas demais profissões; a pouca participação representativa do profissional em situações de decisão ou relevância, no que se refere à organização dos serviços oferecidos e à criação e ampliação dos espaços democráticos; as dificuldades do trabalho multiprofissional na saúde; e ainda, o conservadorismo presente na profissão e seus rebatimentos no trato com as demandas institucionais. (p.6)

Além desses entraves, a autora citada aponta ainda a solicitação constante aos assistentes sociais pelos profissionais da saúde, para realizarem tarefas que não são específicas da profissão, muitas vezes até administrativas. Torna-se explícito que, as atribuições destes assistentes sociais não estão nítidas diante da equipe que estão inseridos.

O Projeto ético-político da profissão, construído nos últimos trinta anos, fundamenta-se na perspectiva da totalidade social da dialética crítica e tem na questão social a base essencial de discussão e atuação da profissão. Conceitos são de grande relevância para a ação dos assistentes sociais na saúde, tais como: a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade. (CFESS, 2010).

Embora estudos admitam a relevância do trabalho multiprofissional para a efetivação da integralidade da assistência à saúde, são notórias as barreiras e desafios no cotidiano laboral, uma vez que não creditam, em sua maioria, o assistente social como um profissional de saúde.

Indo de encontro a esse pensamento, Santos et al (2010, p.5) acredita que a construção para uma prática multiprofissional, está limitada pelas dificuldades em mudar as relações de trabalho, pois ainda possuímos um modelo de atenção que privilegia o saber biológico, a doença e a formação por especialidade.

Deste modo, ressaltamos que a inserção do assistente social em uma equipe multiprofissional traz como proposta uma formação que possa colocar o saber específico, direcionado para um saber compartilhado, não abrindo mão de suas peculiaridades, e dessa maneira atribuindo um enfoque interdisciplinar na atuação profissional. (RODRIGUES et al, 2011, p.136)

As equipes multiprofissionais emergiram com a Reforma Sanitária, objetivando a garantia de um novo conceito de saúde, trabalhando o indivíduo na sua totalidade. O trabalho em uma equipe multiprofissional possibilita ao paciente uma assistência em todos os aspectos que possam vir a atrapalhar a evolução de uma melhora. (PEDUZZI, 1998)

Em se tratando do exercício profissional do Serviço Social em um hospital, não pode ocorrer de forma isolada, e sim com uma equipe multiprofissional, para apresentar diálogos, debates e discussões. Portanto, a interdisciplinaridade torna-se um instrumento fundamental que auxilia na intervenção da realidade social, sobretudo porque difere de outros campos de conhecimento, pois se articulam com o mesmo objetivo.

Os sujeitos que dizem respeito à equipe multiprofissional da Clínica Médica do HULW são: assistentes sociais, médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, fisioterapeutas e residentes. Tal equipe, por vezes, demandava outras atribuições no âmbito hospitalar que não diziam respeito ao Serviço Social.

Fatos recorrentes como a solicitação de um lençol para um leito(o profissional da saúde que direcionava o usuário a recorrer ao serviço social), esclarecimento sobre exames laboratoriais, notificação sobre óbito, algumas posturas de usuários ou até mesmo acompanhantes nas enfermarias, entre outros, são alguns dos exemplos que os profissionais de saúde da Clínica Médica solicitavam às assistentes sociais do setor. No meu ponto de vista, como estagiária na época, parecia que a equipe não creditava o Serviço Social como parte integrante da área de saúde, ressaltando que não todos, mas a maioria agia como se o Serviço Social fosse o profissional que poderia fazer tudo.

Tendo em vista essa realidade, tornou-se evidente que a equipe multiprofissional por desconhecer as reais atribuições dos assistentes sociais na área da saúde, acabaram por solicitar demandas que não lhes são próprias, e, dessa maneira, retiraram o legítimo papel do Serviço Social, conquistado há muitos anos e com muitas lutas. Tal papel é o de ocupar seu espaço na política de saúde e nas demais políticas sociais, com atribuições próprias e com competências em sua

instrumentalidade profissional, com o intuito de contribuir com a viabilização do acesso aos direitos sociais, humanos, trabalhistas, políticos e outros.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegarmos ao final deste trabalho, consideramos que ele apresenta uma discussão qualificada sobre o papel do assistente social, especificamente na área da saúde, a partir de uma análise de cunho bibliográfico e documental, levando em conta o ponto de vista de vários autores que abordam a temática.

Faz-se necessário destacar que o primeiro capítulo levantou a temática sobre os elementos históricos e atuais da política de saúde brasileira. Diante disso, compreendemos sobre a contradição existente entre os princípios éticos e políticos do Serviço Social e a área da saúde do país, que está imersa nos princípios neoliberais e ultraneoliberais do sistema capitalista, que dizima os direitos sociais.

É pertinente afirmar que o Serviço Social, sofreu várias transformações ao longo de sua história, de acordo com as várias conjunturas socioeconômicas e políticas. A política de saúde esteve e ainda continua envolvida com dois projetos sociais de saúde, opostos, o da reforma sanitária, condizente com a Constituição de 1988 e o projeto privatista, imposto pelos governos neoliberais.

Ao tratar especificamente do Serviço Social na área da saúde, o segundo capítulo expôs os aspectos históricos e contemporâneos da profissão, bem como as atribuições e competências nessa área da saúde. Constatamos que o assistente social se coloca como mediador na relação capital e trabalho, e que existe um desafio específico, que deve ser mais debatido, que muitos profissionais, de outras categorias, não compreendem as reais atribuições e competências deste profissional.

O terceiro capítulo evidenciou a experiência do estágio supervisionado em um hospital-escola (Hospital Universitário Lauro Wanderley). É importante destacar que tal experiência fomentou o processo formativo, contribuindo para futura atuação profissional, proporcionando a indissociabilidade da teoria com a prática.

Percebemos ainda, através das atividades do estágio, contradições e alguns obstáculos, como a relação do assistente social com a equipe multiprofissional.

Nesse caso específico da área da saúde (mas, não somente), no trabalho multiprofissional, -no qual está presente o assistente social e os demais profissionais da saúde-, algumas demandas são requisitadas ao assistente social que não competem as suas atribuições próprias, como se tudo que se apresenta socialmente estivesse sob responsabilidade do Serviço Social. Essa realidade incomoda aos assistentes sociais e dificulta a otimização do trabalho multiprofissional, necessitando ser superada.

Tornou-se evidente que, embora o assistente social seja parte integrante dos profissionais de saúde do hospital, existe uma hierarquia, e o Serviço Social é tratado como uma profissão menos relevante. E este, não é o caso. Desde que este profissional se incorporou na área da saúde, por meios legais, o assistente social tem o seu papel definido, com suas atribuições privativas e competências. E, nesse sentido, não realizar suas atribuições próprias e desenvolver atividades aleatórias que não cabem ao assistente social, significa desvio de função e contraria a Lei que regulamenta a profissão de Serviço Social (Lei nº 8662/93).

Destarte, entendemos que essa discussão é bastante recorrente. Não apenas à equipe multiprofissional da Clínica Médica do HULW, mas também usuários e outros profissionais de outras instituições necessitam compreender o real papel do assistente social na área de saúde.

Finalizamos com algumas propostas simples que podem ser implementadas para minorar tais questões, como, por exemplo, uma formação geral com todos os profissionais da equipe multiprofissional, elaboração de banner para deixar exposto no setor da Clínica Médica, com as principais atribuições e competências do Serviço Social, palestras subsidiadas por documentos do conjunto CFESS/CRESS, entre outros, possibilitando um maior entendimento sobre essa profissão tão digna de reconhecimento, diante da sua importância e utilidade pública em meio social.

REFERÊNCIAS

ABEPSS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social**. Rio de Janeiro. 1996.

_____. **Política Nacional da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**. (Versão Corrigida). Maio. 2010.

BABIUK, Graciele Alves; FACHINI, Flávia Granzotto. **Estágio Supervisionado em Serviço Social: entraves e avanços para a formação profissional**. (Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis SC- 27 a 29 de outubro de 2015.

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

_____. **Fundamentos éticos do Serviço Social**. In Direitos e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS. 2009.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9ª ed. São Paulo: Cortez. 2011. (Biblioteca Básica do Serviço Social) v.2.

BORGES, Janiele Cristine Pires; BARCELOS, Márcio; RODRIGUES, Márcio Silva. **Empresarização da saúde pública: o caso da EBSERH**. RPCA. Rio de Janeiro. v.12 n.4.out/dez.2018.

BORGES, Maria Elizabeth S.; MATOS, Maurílio de Castro. **As duas faces da mesma moeda: Ultraneoliberalismo e Ultraneoliberalismo no Brasil da atualidade**. In: Políticas Sociais e Ultraneoliberalismo. Editora: Navegando. 2020.

BRASIL. **Código de Ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. rev. E. atual. –[Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social. 2012.

_____. Constituição (1988). **Constituição Federal da República Federativa**. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília. 2006. 300p. (Série I- História da Saúde no Brasil).

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Política Social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

BRAVO, Maria Inês de Souza; PELAEZ, Elaine Junger. **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências**. Ser Social (Estado, Democracia e Saúde). Brasília, v.22, n.46, janeiro a junho de 2020.

CASTRO, Josué de. **Geografia da fome (o dilema brasileiro: pão ou aço)**. 10º ed. Rio de Janeiro: Antares Archiame. 1980.

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social. **Atribuições privativas do/a assistente social em questão**. Brasília. 2020. Volume 2.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde**. (Versão Preliminar). Brasília. 2009.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais**. Brasília, 2010.

_____. **Resolução nº 383/99 de 29 de março de 1999**. Brasília, 1999.

COSTA, Simone da Silva. **Pandemia e desemprego no Brasil**. Rev. adm. publica. 54(4). Jul-aug. 2020.

FELIPPE, Jonis Manhães Sales. **O processo legislativo e a regulamentação do Serviço Social no Brasil: uma análise documental**. Serv. Soc. (131). Jan-apr. 2018.

FIGUERÊDO, Alba Lígia de. **Estágio supervisionado I. Contextualização do campo de estágio**. João Pessoa- PB. 2014.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3º ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FONTANA, Henrique. **Gestão ultraneoliberal: Bolsonaro-Guedes empurra o país de ladeira a baixo.** Carta Capital. 2019. Acesso em: 20/10/2021.

GALVANESE, Ana Tereza Costa; BARROS, Nelson Filice de.; OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **Práticas corporais e mediativas na promoção da saúde: um desafio interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial.** Cad. Saúde Pública 34(7). 2018.

GODOY, Arilda Schmidt. **Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais.** Revista de administração de Empresas. São Paulo, v. 35, n.3. p. 20-29. Mai/jun. 1995.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social.** 10º ed. Editora: Cortez. 2014.

_____. **O ensino da prática no novo currículo: elementos para o debate.** 2002.

HULW- **Manual Operacional do Serviço Social do Hospital Universitário Lauro Wanderley.** Unidade de Atenção Psicossocial. 2015.

IAMAMOTTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na cena contemporânea.** In: Serviço Social: Direitos e Competências Profissionais. Brasília. CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 19º ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **os espaços sócios ocupacionais do assistente social.** In: Serviço Social: Direitos e Competências Profissionais. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. CARVALHO, Raúl de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 41º ed. São Paulo: Cortez, 2014.

LACERDA, Lélica Elis P. de. **Exercício profissional do assistente social: da imediatricidade às possibilidades históricas.** Serv., Soc. São Paulo, n. 117, p. 22-44, jan. Mar. 2014.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista. **O estágio Supervisionado em Serviço Social: desafios e estratégias para articulação entre a formação e exercício profissional.** Brasília (DF), ano 13, n. 25. p.63-90. Jan/jun., 2013.

LIMA, Izy Rebeka Gomes; LEITE, Ângela Nivalde Menezes; ARAGÃO, Anne Thiffane Andrade; SANTOS, Kamila Martins Cabral dos. **O trabalho do assistente social na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).** 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília (DF), 30 de outubro à 3 de novembro de 2019.

LIMA, Izy Rebeka Gomes et al. **O trabalho do assistente social na saúde.** Ciência et Práxis. v.1 n 2 (2008).

LOPES, Cinthia Fonseca. **Competências e atribuições do assistente social: Qual ponto de partida?** XVI ENPESS. 2018

LUCCHESI, Patrícia. T. R. (coord.) **Políticas Públicas em saúde pública.** São Paulo: Bireme/OPAS/OMS. 2004.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico.** 5º ed. ver ampl. São Paulo: Atlas, 2001.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social em Hospital-Escola: um espaço diferenciado de ação profissional.** Maio. Ser. Soc. Saúde. 2015.

MATOS, Maurílio Castro de. **Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade.** Ser. Soc. São Paulo. n.124, p.678-698. Out/dez. 2015.

MEDCURSO. Medicina Preventiva. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde no Brasil.** (Revista Vol. 1). São Paulo: Frattari, 2003.

MENDES, Aline de Oliveira; BASTOS, Karina Karla de Souza. **Reverberações do neoliberalismo na política de saúde e a atuação do Serviço Social frente à gestão EBSERH: ponderações sobre a prática profissional no ambulatório do Hospital Universitário Lauro Wanderley.** UFMA. 2017.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **A política de saúde no governo Lula.** Saúde. Soc. 20(2). jun. 2011.

MOURA, Mayra Paula Bispo; MIRANDA, Layla Stefany Oliveira; SILVA, Pollyanna Alencar. **A importância do Serviço Social nas equipes multiprofissionais no Hospital Universitário Clemente de Faria.** Fórum. Ensino-Pesquisa-Extensão-Gestão. FEPEG. 2014.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 1991.

_____. **O movimento de Reconceituação 40 anos depois.** Serviço Social e Sociedade. São Paulo. v.85, ano XXV, p. 5-20. 2005.

_____. **Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise perspectiva da profissão no Brasil.** Serviço Social e Sociedade. São Paulo. n. 50. 1996.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luis Antonio. **Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, jan. Mar. 2014, p. 15-35.

PASCHE, Dário Frederico et al. **Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil.** Rev. Panam. Salud publica. Panam j puplic healt 20(6), 2006. 416-421.

PDE- **Plano Diretor Estratégico.** 2018-2020. HULW- UFPB.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional da saúde: conceito e tipologia.** [Tese] Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. 1998.

POLIGANO, Marcos. **A história das políticas de saúde no Brasil.** UFMG.

REIS, Camila Ramos; PAIM, Jairnilson Silva. **A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016).** Divulgação em saúde para debate. Rio de Janeiro. n.58, p. 01-114, 2018.

RODRIGUES, A. C et al. **Serviço Social e Humanização: experiência da residência em saúde.** Universidade Federal do Triângulo Mineiro- UFTM. Serviço Social e Saúde. n.12. p. 143-169. 2011.

ROCHA, Giuliana Barbosa; OLIVEIRA, Narjara Cinthya Nobre. **A atuação do Serviço Social junto aos idosos no âmbito hospitalar: um relato de experiências.**

SANTOS, T.S et al. **Educação permanente e Serviço Social: relatos sobre a experiência de programa de residência em Serviço Social em uma universidade pública.** Anais XIII. Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. CBAS. Brasília/Distrito Federal. 2010.

SARRETA, Fernanda Oliveira. **O trabalho do Assistente Social na saúde.** Ciência et Práxis. v.1, n.2, 2008.

SIMIONATTO, Ivete (Dossiê CFESS). **Caminhos e descaminhos da Política de Saúde no Brasil.** Revista Inscrita.

SILVA, Andréa Freitas da. **A imagem social e a autoimagem do Serviço Social em um Hospital-Escola.** UFPB. 2018.

SILVA, Reinaldo dos Santos Mendes da. **Imagem do Serviço Social em um Hospital- Escola: tensões entre continuidades e rupturas.** João Pessoa. 2020.

SOARES, Raquel Cavalcante. **Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000.** In: MOTA. Ana Elizabete; AMARAL, Ângela. (Org.). Serviço Social Brasileiro nos anos 2000: cenários, pelepas e desafios. Recife: Editora UFPE, 2014.

_____ CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros do. **Serviço Social na política de Saúde no enfrentamento da pandemia da Covid-19.** Serv. Soc. Soc. (140). Jan-apr. 2021.

TERRA, Sylvia Helena. **Parecer jurídico nº 27/98.** 1998

VIANA, Beatriz Borges et al. **O movimento de Reconceituação do Serviço Social e seu reflexo no exercício profissional na contemporaneidade.** (Seminário de Serviço Social, Trabalho e Política Social). Universidade de Santa Catarina. Florianópolis-SC. 27 a 29 de outubro. 2015.

VIDAL, Micheli Ferrioli; GUILHERME, Rosilaine Coradini. **Serviço Social no âmbito hospitalar: a identidade atribuída ao assistente social em Unidade de Pronto Socorro.** Serviço Social e Saúde. Campinas-SP. v.18, 1-28.2019.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade.** In: Serviço Social: Direitos e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS. 2009.

_____. **O significado sócio histórico da profissão.** In: Serviço Social: Direitos e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS. 2009.

www.abepss.org.br/balancopandemia . 435(19/03/2021). Acesso: 29/06/2022

www.extraclasse.org.br .Dieese projeta extensão da crise em 2022. 16 de novembro de 2021. Acesso: 15/06/2022.

www.folha.uol.com.br/poder/2021.08. "Maioria dos indicadores piora após 2 anos e meio de Bolsonaro e com a pandemia." Acesso: 13/06/2022.

www.nexojornal.com.br/extraFome no Brasil atinge 33 milhões e volta ao patamar dos anos 90. 2022/06/08. Acesso: 15/06/2022.

<https://sigaa.ufpb.br> Acesso: 29/06/2022.

