



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MILENA VITÓRIA DE SOUSA E SILVA

**OS DESAFIOS DA ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE
SAÚDE: UMA ANÁLISE DO CONTEXTO HOSPITALAR EM TEMPOS DA
PANDEMIA DA COVID-19**

**CAMPINA GRANDE - PB
2022**

MILENA VITÓRIA DE SOUSA E SILVA

**OS DESAFIOS DA ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE
SAÚDE: UMA ANÁLISE DO CONTEXTO HOSPITALAR EM TEMPOS DA
PANDEMIA DA COVID-19**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado ao Departamento do Curso de
Serviço Social da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção do
título de Bacharela em Serviço Social.

Orientador: Prof^a. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza.

**CAMPINA GRANDE - PB
2022**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586d Silva, Milena Vitória de Sousa e.
Os desafios da atuação do/a Assistente Social na política de saúde [manuscrito] : Uma análise do contexto hospitalar em tempos da pandemia da COVID-19 / Milena Vitória de Sousa e Silva. - 2022.
34 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2022.

"Orientação : Profa. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza, Departamento de Serviço Social - CCSA."

1. Política de Saúde. 2. Pandemia Covid-19. 3. Serviço Social. 4. Assistente social. 5. Contexto hospitalar. I. Título

21. ed. CDD 362

MILENA VITÓRIA DE SOUSA E SILVA

OS DESAFIOS DA ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE:
UMA ANÁLISE DO CONTEXTO HOSPITALAR EM TEMPOS DA PANDEMIA DA
COVID-19

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado ao Departamento do Curso de
Serviço Social da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção do
título de Bacharela em Serviço Social.

Aprovada em: 06/08/2022.

BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof^ª. Ma. Thereza Karla de Souza Melo
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof^ª. Ma. Aliceane de Almeida Vieira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aos meus pais, pela força, motivação e apoio em todos os momentos, DEDICO-OS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPNES	Organizações Públicas Não Estatais
OS	Organizações Sociais
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PT	Partido dos Trabalhadores
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DO CONTEXTO DOS ANOS 1980: AVANÇOS E RETROCESSOS	8
3 O SERVIÇO SOCIAL E SUA INTERLOCUÇÃO COM A SAÚDE	16
4 A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO HOSPITALAR: BREVES REFLEXÕES	20
5 O SERVIÇO SOCIAL NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19: DEMANDAS E DESAFIOS PARA O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NOS HOSPITAIS.....	25
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
7 REFERÊNCIAS	29

OS DESAFIOS DA ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DO CONTEXTO HOSPITALAR EM MEIO A PANDEMIA DA COVID-19

Milena Vitória de Sousa e Silva*

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como objetivo refletir sobre a atuação dos/as Assistentes Sociais inseridos na Política de Saúde, especificamente no contexto hospitalar, buscando identificar as demandas e os desafios que se apresentam no cotidiano do exercício profissional no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). Para tanto utilizamos a pesquisa bibliográfica e documental com abordagem qualitativa, com respaldo no referencial teórico-metodológico crítico-dialético. A realização desse estudo foi motivada pelas inquietações surgidas na vivência do Estágio Supervisionado Obrigatório em Serviço Social, realizado junto ao Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes no município de Campina Grande/PB, iniciado em setembro de 2019 e suspenso em março de 2020 em função da pandemia da COVID-19, e retomado para sua finalização somente no ano de 2022. Diante da complexidade e dos impactos trazidos pela doença, o Serviço Social é convocado para atuar, junto com os/as demais trabalhadores/as da saúde, na linha de frente no enfrentamento da doença, em meio a condições de trabalho precárias, enfrentando inúmeros desafios no cotidiano da prática profissional. Para situarmos o debate sobre os impactos da pandemia na atuação do Serviço Social, realizamos uma breve discussão acerca da política de saúde brasileira, analisando a interlocução histórica do Serviço Social com a área, evidenciando a centralidade da sua atuação no âmbito hospitalar e nesse contexto procuramos refletir sobre as dificuldades enfrentadas pelo/a assistente social na linha de frente da pandemia. Os resultados desse estudo, nos possibilitaram apreender que o Serviço Social, mesmo atravessado por tensões e desafios, organizou o seu processo de trabalho de modo a continuar garantindo qualidade na assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Política de Saúde. Covid-19. Serviço Social.

ABSTRACT

The present Course Completion Work (TCC) aims to reflect on the performance of Social Workers inserted into the Health Policy, specifically in the hospital context, seeking to identify the demands and challenges that arise in the daily practice of professional facing the pandemic of the new coronavirus (COVID-19). For this, we used a bibliographic and documental research with a qualitative approach, based on the critical-dialectical theoretical-methodological referential. This study was motivated by the concerns that arose in the experience of the Compulsory Supervised Internship in Social Work, conducted at the Dom Luiz Gonzaga Fernandes Emergency and Trauma Hospital in the city of Campina Grande/PB, started in September 2019 and suspended in March 2020 due to the pandemic of COVID-19, and resumed for its completion only in 2022. Facing the complexity and the impacts brought by the disease, the Social Service is called to act, along with the other health workers, in the front line in facing the disease, amidst precarious working conditions, facing numerous challenges in the daily

* Graduanda em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba, campus I em Campina Grande-PB.
E-mail: milenavitoria38@gmail.com

practice. In order to situate the debate on the impacts of the pandemic on the performance of Social Service, we briefly discussed the Brazilian health policy, analyzing the historical interlocution of Social Service with the area, highlighting the centrality of its performance in the hospital setting, and in this context, we tried to reflect on the difficulties faced by the social worker in the front line of the pandemic. The results of this study allowed us to apprehend that the Social Service, even through tensions and challenges, organized its work process in order to continue guaranteeing quality in the assistance provided to the users of the health services.

Keywords: Health Policy. Covid-19. Social Service.

1 INTRODUÇÃO

O debate sobre a inserção dos/as assistentes sociais na política de saúde, um dos maiores espaços sócio-ocupacionais do Serviço Social, nos possibilita refletir acerca do cotidiano de trabalho desses profissionais compreendendo suas ações, seus desafios e, ainda, a importância da sua intervenção nas expressões da questão social que interferem no processo saúde-doença dos usuários.

No contexto da pandemia da COVID-19, diante do agravamento das várias expressões da questão social decorrentes dos impactos dessa crise sanitária, o Serviço Social é convocado para atuar na linha de frente no enfrentamento da doença, cumprindo com o seu dever ético de prestar atendimento à população em situações de calamidade. Este cenário, contudo, trouxe implicações para o trabalho dos/as assistentes sociais que atuam no âmbito da política de saúde, considerando que tais profissionais precisaram lidar com novos e velhos desafios.

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo refletir sobre a atuação dos/as Assistentes Sociais na Política de Saúde, especificamente no contexto hospitalar, buscando identificar as demandas, os limites e desafios que se apresentam no cotidiano do seu exercício profissional no enfrentamento da pandemia da COVID-19.

A aproximação teórico-prática com essa temática se desenvolveu a partir das inquietações surgidas na vivência do Estágio Supervisionado Obrigatório em Serviço Social, realizado no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, localizado no município de Campina Grande-PB. Iniciado em setembro de 2019, o estágio seguiria até 2020, fato que não ocorreu em função da pandemia da COVID-19 e da necessidade de suspensão desse, sendo retomado, para sua finalização, somente no ano de 2022 no período de fevereiro a junho. É importante destacar que o interesse pelo tema ocorreu a partir das nossas observações e dos diálogos com os/as assistentes sociais em campo de estágio durante o período de inserção na instituição, quando foi possível perceber os desafios e limites no cotidiano da prática desses profissionais, nas relações estabelecidas com a instituição, com os usuários e com os demais profissionais do hospital.

Metodologicamente, para elaboração deste artigo, realizamos uma pesquisa de natureza bibliográfica, com abordagem qualitativa, fundamentada no método histórico-crítico, utilizando materiais já produzidos sobre a temática abordada, como livros e artigos científicos.

Este trabalho, traz sua relevância na medida em que busca contribuir com as reflexões em torno da atuação dos/as assistente sociais no âmbito hospitalar, buscando refletir acerca das estratégias, das demandas e dos desafios que se apresentam no referido espaço sócio-ocupacional, face ao cenário de pandemia do novo coronavírus. Ainda, considerando que esse é um tema bastante atual e que possui poucas produções a respeito, acreditamos que o presente trabalho contribuirá para o aprofundamento do conhecimento sobre as dificuldades enfrentadas pelos profissionais do Serviço Social e a importância destes no enfrentamento da COVID-19.

O presente artigo possui a sua fundamentação teórica estruturada da seguinte forma: na primeira seção, contextualizamos sobre a Política de Saúde brasileira, enfatizando seus avanços e retrocessos a partir da década de 1980 até os dias atuais; na seção seguinte, apresentamos de forma sucinta a trajetória histórica do Serviço Social no Brasil, destacando a inserção e a interlocução da profissão com a Política de Saúde; na terceira seção, fazemos uma breve reflexão sobre a atuação do/a Assistente Social no contexto hospitalar, destacando o seu papel nesta instituição e as suas atribuições e competências profissionais; na quarta seção, discorremos acerca da pandemia da COVID-19, ressaltando as demandas e os desafios da prática do/a assistente social frente a este contexto; por fim, apresentamos as nossas considerações finais, seguida das referências que contribuíram na fundamentação e construção do presente trabalho.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DO CONTEXTO DOS ANOS 1980: AVANÇOS E RETROCESSOS

A história da Política de Saúde no Brasil foi construída ao longo dos anos, através de lutas e processos intimamente ligados aos diferentes contextos socioeconômicos e políticos do país e da própria constituição da sociedade brasileira. Dessa forma, a política nacional de saúde possui um percurso histórico vinculado à participação e luta dos movimentos sociais, que trouxeram dentre suas bandeiras, às reivindicações pela garantia de uma política de saúde pública, universal e igualitária para todos os brasileiros.

Nos anos 1980, o país vivenciava um processo de democratização política, superando o regime ditatorial implantado em 1964 e experimentando ao mesmo tempo uma intensa crise econômica caracterizada pela dificuldade na formulação de políticas econômicas, pelo aprofundamento da dívida externa, pela disparidade na distribuição de renda e pela elevação das taxas de juros. Paradoxalmente, foi marcada por um redirecionamento político, a partir da ascensão e fortalecimento de novos sujeitos políticos coletivos, possibilitando um processo de redemocratização da sociedade, trazendo dentre as bandeiras de luta, a garantia do acesso aos direitos sociais, promoção da cidadania e da emancipação humana, e a politização da questão saúde (BRAVO, 2009).

Nessa conjuntura, profissionais da saúde, sindicatos, setores da sociedade civil, entre outros, se mobilizaram para a estruturação de um movimento sindical do setor, comprometido com a luta pela saúde e pela democratização, ocorrendo uma politização do setor. De acordo com Bravo (2009), fomenta-se a participação de novos sujeitos comprometidos com as discussões das condições de vida da população, com destaque para o chamado movimento sanitário, contando com a participação de profissionais da área da saúde, representados pelas suas entidades; dos movimentos sociais em articulação com a sociedade civil, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde, e dos partidos políticos de oposição. Vale enfatizar que o Movimento da Reforma Sanitária (MRS)¹ que se orientava pela ideia de que todos têm direito à saúde, contava com o apoio não só dos profissionais de saúde, mas também da sociedade civil.

Paim (2009), chama atenção para o fato que o movimento de Reforma Sanitária Brasileira se constitui numa reforma social estruturada na democratização e *politização da*

¹ O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. “Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde” (BRAVO, 2009, p. 101).

saúde – rompendo com a racionalidade instrumental burocrática e tecnicista anterior à *mudança da norma constitucional* – com a incorporação do direito à saúde como direito público e universal, numa concepção ampliada de saúde; e *alteração do arcabouço institucional dos fundamentos e práticas institucionais*. De acordo com o referido autor, o MRS teve importante participação na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986. O relatório final elaborado a partir de tal Conferência inspirou o capítulo “Saúde” da Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, as leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90), que permitiram a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado na igualdade, equidade e universalidade.

Após a aprovação do texto Constitucional, a saúde passa a ser reconhecida como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, conforme disposto em seu Artigo 196.

Em 1990, o SUS é regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. O SUS é decorrente de um dos mais exitosos movimentos sociais brasileiros que resultou na universalização do direito à saúde como dever do Estado Brasileiro, se contrapondo à dinâmica de oferta de serviços do setor baseada na acumulação do capital, prática vigente ao longo dos anos no Brasil.

A partir das análises de Paim *et. al* (2011, p. 27), pode-se destacar que o:

[...] reconhecimento constitucional do direito à saúde só foi possível após longa luta política e graças à atuação do Movimento pela Reforma Sanitária. A implantação de um sistema de saúde universal no Brasil teve início em um contexto político e econômico desfavorável, que promovia a ideologia neoliberal, perspectiva essa reforçada por organizações internacionais contrárias ao financiamento público de sistemas de saúde nacionais e universais ou que defendiam etapas intermediárias para atingi-los.

Na década de 1990, no Brasil, tem início um grande processo regressivo no que se refere aos direitos sociais alcançados e regulamentados na Constituição Federal de 1988. Nesse período, assistiu-se ao redirecionamento do papel do Estado, com a implantação do projeto neoliberal no país, iniciado no governo do presidente Fernando Collor de Mello (1990-1992), e que se acentua a partir do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), que toma posse em 1995, adotando uma agenda de reformas, em meio a um cenário econômico de crise da dívida externa, desemprego e crise estrutural do capital, colocando-se a necessidade de reformas estruturais.

Sendo assim, a partir da gestão de Collor, as conquistas advindas da Constituição Federal de 1988 sofreram diversos ataques. Na política de saúde, vários artigos presentes no texto da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) foram vetados e inúmeros desafios foram postos para a implementação do SUS.

As medidas implementadas por Fernando Collor, caracterizadas por um amplo retrocesso na realidade brasileira, foram mantidas pelo seu vice-presidente Itamar Franco, que assumiu a presidência no ano de 1992, em razão do impeachment sofrido por Collor. Com isso, Itamar permaneceu avançando no processo das chamadas reformas estruturais, as quais se direcionavam aos interesses do mercado, abrindo espaço para no ano de 1995 o então eleito à presidência da república, Fernando Henrique Cardoso (FHC), de fato, avançasse em uma grande contrarreforma do Estado brasileiro.

Diante disso, no governo FHC tem-se a criação do Ministério da Administração e da Reforma do Estado, conduzido por Bresser Pereira, que em 1995 elaborou o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, com a finalidade de orientar as ações do governo, pautando-

se em concepções como a diminuição da intervenção do Estado, a privatização das estatais e a liberalização comercial. Conforme Pereira (1997 apud KRUGER, 2014, p. 219) destaca:

O Plano da Reforma do Estado propunha quatro pressupostos: redução de tamanho e de funções, pela via da privatização, terceirização e publicização; redução do grau de interferência estatal, repassando a função reguladora em favor de mecanismos de controle via mercado; aumento da governança e retorno da governabilidade, com o aperfeiçoamento da democracia representativa.

A saúde, portanto, foi uma das principais áreas a sofrer os impactos das propostas contrarreformistas, “situando a saúde como área não exclusiva do estado”. Nesse sentido, ocorre um investimento em ações que impulsionaram a desresponsabilização do Estado na execução do núcleo de serviços sociais e científicos (saúde, educação, meio ambiente e pesquisa), passando a responsabilidade para Organizações Públicas Não Estatais (OPNES) ou Organizações Sociais (OS), através da Lei nº 9.637/1998, para gerência de políticas sociais, incluindo-se nesse âmbito a de saúde. Conforme Rezende (2008) destaca, “(...) as Funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las”. Nessa perspectiva, Soares (2010, p. 46) afirma que a contrarreforma do Estado constituiu uma nova racionalidade hegemônica do capital na qual “os princípios e fundamentos legais do SUS são refuncionalizados” e adquirem “conteúdos distintos da racionalidade hegemônica no projeto de reforma sanitária”.

Diante do exposto, podemos verificar que a saúde brasileira, em especial o SUS, vem, a partir de tal contexto, enfrentando inúmeros desafios que comprometeram a sua implementação, a possibilidade do seu avanço e seu pleno funcionamento, provenientes do “(...) processo de desenvolvimento do próprio sistema capitalista em sua fase neoliberal, com redução do papel do Estado na sociedade, diminuição de direitos (...) e participação cada vez maior do mercado em todos os aspectos da vida social”. (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 10)

Em relação a tais questões, Bravo enfatiza que:

[...] a medida em que a participação do setor privado no mercado aumenta, as interações entre os setores público e privado criam contradições e injusta competição, levando a ideologias e objetivos opostos (acesso universal vs. segmentação do mercado), que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde (BRAVO, 2009, p. 14).

Logo, é possível observar a partir da década de 1990, a disputa entre projetos antagônicos: o Projeto de Reforma Sanitária, inscrito na Constituição Federal de 1988, permeado de concepções coletivas e universais, uma vez que, possui como uma de suas estratégias o SUS e que tem por defesa a saúde como direito de todo cidadão e de responsabilidade do Estado. Em contrapartida, o Projeto Privatista, que tem como principais direcionamentos “(...) a contenção de gastos e a descentralização por meio de desresponsabilização do Estado na área social. Medidas como focalização, privatização, estímulo ao setor privado e desfinanciamento da saúde são características centrais desse projeto (...)” (BORLINI, 2010, p. 326). Além disso, esse projeto de saúde é permeado de perspectivas individualistas e desde a metade de 1990 vem se tornando predominante, a partir de uma lógica articulada aos interesses do mercado e do grande capital.

No dia 1 de janeiro de 2003, Luiz Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT), assume a Presidência do Brasil. A sua chegada ao poder foi considerada um marco na história da política brasileira, especialmente por ser resultante da resistência popular contra o projeto neoliberal, e por romper com a prática de apenas as elites governarem o país, uma vez que é eleito pela primeira vez, segundo Braz (2004, p. 49 apud BRAVO; MENEZES, 2008, p.

17) “um representante da classe operária brasileira com forte experiência de organização política”.

Diante disso, considerando a trajetória progressista de Lula enquanto representante do segmento da classe trabalhadora, se criou uma expectativa no que se refere à possibilidade de mudanças nas configurações do Estado, historicamente autoritário e distante dos interesses dos trabalhadores, principalmente em relação às políticas sociais, considerando que seu projeto de governo propunha o fortalecimento das políticas de seguridade, e no âmbito da saúde do SUS Constitucional.

No que tange à política de saúde neste governo, houve, inicialmente, uma reanimação das forças progressistas, tanto nessa área como nas demais políticas sociais. Sendo assim, no início do governo Lula, podemos destacar alguns avanços no âmbito da política de saúde, são eles:

[...] o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas quatro secretarias e extintas três; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde (BRAVO, 2009, p. 16).

Apesar de alguns avanços e da expectativa dos setores progressistas do Movimento de Reforma Sanitária, no entanto, o que houve foi uma flexibilização e parcerias das propostas do referido movimento com o do projeto privatista, que se expressaram na continuidade da política de saúde da década de 1990. A partir das análises de Bravo (2009), podemos destacar a permanência das ações de caráter focalizado, a exemplo da Estratégia Saúde da Família, que se restringe e se centraliza, sem que ocorra de fato uma reorganização com o intuito de transformar o programa em estratégia, que aponte para uma direção em que haja uma extensão da atenção básica em saúde buscando torná-lo um programa ampliado de cobertura para as populações carentes. Também, podemos evidenciar a continuidade da precarização e a terceirização dos recursos humanos, um exemplo disso foi o aumento da contratação, de maneira precarizada, de agentes comunitários de saúde e a inserção de outras categorias não regulamentadas.

Cabe ressaltar, conforme chama atenção à referida autora, a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social inscrita na Constituição Federal de 1988, com a articulação necessária da política de saúde com as demais políticas sociais. Por fim, destaca-se a questão do desfinanciamento, que, segundo Bravo (2009) está diretamente ligada à diminuição do gasto social do governo com as políticas públicas e sociais. Assim, “apesar da expectativa de fortalecimento do projeto de reforma sanitária, o governo Lula subordina as políticas sociais à lógica econômica conservadora, adequada ao ajuste e à contrarreforma neoliberal” (SOARES, 2010, p. 51).

Portanto, no governo Lula é possível identificar, particularmente no âmbito da saúde, medidas de continuidade do projeto privatista, e, paradoxalmente, medidas de inovação, se caracterizando por uma política de conciliação de classes. No que se refere à política de saúde e à forma como essa que foi conduzida, foi possível verificar a permanência da tensão entre os dois projetos, uma vez que em alguns aspectos, o governo procurava fortalecer o projeto de Reforma Sanitária e, em outros, o projeto Privatista. Logo, nota-se que essa relação esteve continuamente sendo refuncionalizada.

Em relação ao financiamento da saúde, no governo Lula, podemos evidenciar algumas medidas que se empenharam em desviar os recursos da saúde para fins econômicos, são elas: a

Desvinculação de Receitas da União (DRU)², a Emenda Constitucional 29 (EC-29)³ e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)⁴. De fato, houve um impacto da política econômica de Lula na saúde, pois, conforme Mendes e Marques (2005) destacam, na primeira gestão Lula, a sua equipe econômica tentou inserir no orçamento do Ministério da Saúde itens de despesa que não eram considerados gastos na saúde. Além disso, buscou-se desvincular os recursos destinados a tal política, além das várias tentativas de reduzir seu orçamento.

Diante disso, a análise que se faz do governo Lula é de que as medidas neoliberais e a política macroeconômica do governo de FHC, foram mantidas. Nesse sentido, segundo Bravo e Menezes (2008), é possível constatar que após a primeira gestão de Lula, as propostas e reformas defendidas dão continuidade à contrarreforma do Estado, reduzindo o espaço público democrático dos direitos sociais e ampliando o espaço privado.

De acordo com Soares (2018), em relação ao processo de contrarreforma na política de saúde, observa-se, particularmente nos governos do PT, medidas de flexibilização da reforma sanitária, com a necessidade de introdução de novas formas de gestão, que na verdade abria mais espaço para o capital da saúde dentro e fora do SUS.

Essa flexibilização dos princípios da reforma sanitária, nos traz a configuração de um terceiro projeto em disputa no âmbito da política de saúde, que ganhou espaço na gestão de Lula: o Projeto SUS Possível. Este projeto é defendido por figuras que diante dos limites da política econômica apoiam a modernização e o aperfeiçoamento do SUS. “Esse projeto, na verdade, termina por favorecer a ampliação dos espaços do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois projetos compõem uma mesma unidade dialética”. (SOARES, 2010, p. 53).

Destarte, apesar da continuidade da política neoliberal no governo Lula, podemos destacar algumas conquistas que ocorreram principalmente no seu primeiro governo. De acordo com Paim *et. al.* (2005, apud BRAVO; MENEZES, 2008), ocorreram inovações na Atenção Básica, com a ampliação e fortalecimento dela, através da Estratégia Saúde da Família (ESF); no Atendimento Hospitalar e Alta Complexidade, por meio do fortalecimento dos vínculos dos Hospitais Universitários com o Sistema Único de Saúde, tendo entre as medidas a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); nos Programas Especiais, através da manutenção dos programas de combate ao Tabagismo e o Programa de AIDS, houve, ainda, um esforço de formular uma política específica à saúde da mulher; na Assistência Farmacêutica, na qual o governo buscou a ampliação de laboratórios oficiais e criou as farmácias populares. Enfim, essas e outras conquistas puderam ser visualizadas no governo de Lula, na área da saúde.

Apesar da importância de tais conquistas, as questões centrais referentes ao SUS, tais como: “a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos” (BRAVO, 2009, p. 20), não estiveram sendo enfrentadas. Logo, constata-se que a focalização em programas e serviços, acabaram por incentivar ainda mais a lógica privada.

Em 2010, Lula finaliza sua gestão com grande aprovação nacional, o que contribuiu significativamente para a eleição da sua sucessora, Dilma Vana Rousseff (2011-2016), a

² Ela desvincula 20% dos recursos arrecadados de impostos e contribuições dos setores sociais para pagamento de dívida externa. O governo insiste em mantê-la sob a justificativa de que a flexibilização do orçamento pode garantir crescimento ao país (MENDES; MARQUES, 2007).

³ Esta emenda estabelece critérios e percentuais para financiamento das ações e serviços de saúde, no entanto, a sua regulamentação não se tornou prioridade ao governo do PT, na verdade, ele começa a abrir precedentes que distorcem a ideia central dela, considerando como gastos na saúde despesas que não têm relação (MENDES; MARQUES, 2007).

⁴ Em 2004, ela previa que gastos previdenciários, serviço da dívida e recursos para o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza fossem contabilizados como gastos do Ministério da Saúde no SUS. Contudo, essa medida foi vetada nas duas tentativas que surgiram, devido à forte contestação do Conselho Nacional de Saúde e da Frente Parlamentar da Saúde (MENDES; MARQUES, 2005).

primeira mulher eleita para governar o país. No seu discurso de posse, a presidenta destaca que a consolidação do SUS será prioridade na sua gestão, salientando que irá acompanhar questões como: qualidade do serviço prestado e respeito ao usuário. Além disso, promete estabelecer parcerias com o setor privado na área da saúde, o que gera certa preocupação, pois coloca em risco a defesa do SUS constitucional.

De acordo com a agenda da política de saúde do governo Dilma, podemos destacar a elaboração de alguns programas e políticas, dentre os quais a criação e expansão do Programa Mais Médicos, do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Além disso, houve a implantação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do SUS, a formulação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica), redefinição e ampliação do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, entre outros (REIS; PAIM, 2018).

Apesar de tais iniciativas, nesse cenário, verifica-se que a lógica da focalização nas políticas de saúde se manteve durante o governo de Dilma, não ocorrendo inovações que pudessem explicitar o real compromisso com a Reforma Sanitária. Além disso, o SUS constitucional continuou não sendo prioridade, o que se observa é a ampliação das parcerias público/privado, além do fortalecimento de gestões que apoiavam a articulação da saúde com as Organizações Sociais (OS). Outro fator que merece ser destacado diz respeito à criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), pela Lei nº 12.550/11, representando uma derrota para os/as trabalhadores/as da saúde, pois ampliou e fortaleceu a contratação precarizada e terceirizada, via Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), com vínculos temporários, levando à instabilidade e à rotatividade (COSTA, 2020).

Nesse sentido, Reis e Paim (2018, p. 103-104) destacam que:

Durante o governo Dilma, o foco foi a redução dos gastos públicos e a manutenção do subfinanciamento, com expansão e fortalecimento do setor privado. Houve crescimento dos planos e seguros privados, incorporação de tecnologias de alto custo, financeirização do setor e continuidade da captura do SUS pelo setor privado.

Além dos ataques ao SUS e o avanço de medidas contrarreformistas, o governo Dilma é marcado por tensões na área política, com a presença de manifestações populares, e um golpe político que culminou no seu pedido de impeachment, resultando em seguida na cassação de seu mandato. Em relação a isso, Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018, p. 11-12) constata que “as manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas que culminaram com o afastamento de Dilma (...) desnudaram as fragilidades da democracia burguesa e o esgotamento da política de conciliação de classe”.

Portanto, com a saída da presidenta Dilma do poder, assume a presidência da república, de modo ilegítimo, o seu vice Michel Temer, representando as esferas mais conservadoras do país. A gestão de Temer, deu sequência e ampliou as medidas contrarreformistas dos governos anteriores, pondo em xeque a manutenção dos direitos constitucionais com mais intensidade, por via de uma nova versão da ofensiva neoliberal, o chamado ultraneoliberalismo.

Nesse sentido, podemos destacar que os anos de 2016 a 2018 foram marcados pela continuidade do processo de privatização na saúde, aceleração dos processos de contrarreforma e intensificação das políticas que contribuem para o desmonte do Estado brasileiro. Tais questões foram adensadas pelo:

[...] congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, cortes orçamentários na política de saúde; a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis; propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação efetiva com o setor privado por meio da Coalizão Saúde (2017). Em síntese, o governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão, que consiste no aprofundamento das

contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 195).

Nos anos de 2015 e 2016, foram apresentados três documentos que abrangeram as principais propostas para o governo Temer, sendo estes elaborados pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), atualmente Movimento Democrático Brasileiro (MDB). Podemos dizer que essas propostas embasaram as contrarreformas implementadas pelo governo Temer, destacando-se aquelas de maior impacto para a política de saúde.

O primeiro documento, divulgado em agosto de 2015, foi o *Agenda Brasil*. Segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), no que se refere à saúde, ele tinha como propostas: impedir o pagamento pelo SUS de tratamentos experimentais, maior desvinculação de Receitas da União e introdução de cobrança por consulta, exames e outros procedimentos dentro do SUS, de acordo com a renda do cidadão. Porém, esta última, devido a uma grande repercussão negativa, não foi levada adiante pelo governo.

Uma Ponte para o Futuro é o segundo documento, ele foi apresentado em outubro de 2015 e conforme Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018, p. 13) destacam, ele coloca como questões centrais:

[...] necessidade de maior ajuste fiscal para ampliar o crescimento econômico; acabar com as vinculações constitucionais, como no caso da saúde e educação; fim de todas as indexações, sejam para salários, benefícios previdenciários etc.; nova Reforma da Previdência, que amplie a idade mínima para aposentadoria; viabilizar a participação mais efetiva do setor privado na construção de infraestrutura; maior cooperação do Estado com o setor privado na abertura dos mercados externos; executar uma política de desenvolvimento centrada na iniciativa privada; estabelecer uma agenda de transparência e de avaliação de políticas públicas que permita identificação dos beneficiários e análise dos impactos dos programas. Uma consideração importante é que o documento afirma que o Brasil gasta muito com políticas públicas ao mesmo tempo em que tem resultados piores que de outros países.

O terceiro documento foi o *Travessia Social*, apresentado em abril de 2016, em pleno processo de impeachment da presidenta Dilma Rousseff. As propostas dele são: conter a inflação e realizar o ajuste fiscal, o que exigirá cortes nos gastos sociais; transferir para o setor privado tudo o que for possível; focalização das ações nos 40% da população pobre. Sobre a política de saúde no Brasil, procura-se dar ênfase ao gerencialismo, restringindo os problemas do SUS a uma má gestão, buscando afirmar, ainda, a necessidade de focalização do atendimento na parcela da população que não pode pagar planos de saúde; e nesse caminho, estimula o aumento de cobertura dos planos privados (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Nesse contexto, nota-se que a gestão do governo Temer no tocante à política de saúde mostrou-se completamente contrária ao projeto de Reforma Sanitária. Uma medida drástica do governo se expressa no congelamento dos gastos, através da Emenda Constitucional nº 95/2016, que limitou por 20 anos os gastos públicos, gerando impactos enormes na saúde. Conforme Soares (2018, p. 28) acrescenta, Temer determinou a redução no orçamento destinado ao fortalecimento do SUS, colocou em patamares altíssimos seu subfinanciamento e, ainda, abriu espaço para a regulamentação de planos populares e o consumo de planos privados, portanto, com essas medidas ele inviabilizou a universalidade do acesso à saúde.

Sem dúvidas, o governo Temer avançou no projeto de saúde privatista, uma outra expressão disso foi a elaboração do documento *Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde*, divulgado em 2017. Este documento tem como objetivo enfrentar e construir um novo sistema de saúde para o Brasil, destacando que os setores público e privado precisam construir uma integração, dessa forma, visando maior participação da iniciativa privada na gestão pública (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

A partir dessas análises, compreende-se que o governo Temer estabelece uma nova fase de contrarreformas estruturais que atacam o SUS, através de propostas de redução nos investimentos na saúde, comprometendo os direitos da população brasileira, particularmente da classe trabalhadora. Vale destacar, portanto, que as medidas do curto período de Temer no poder revestiram o caminho por onde o atual presidente Jair Bolsonaro vem atuando, inclusive na política de saúde.

A eleição de Bolsonaro, no ano de 2018, consagrou uma aliança ultraconservadora na direção do Brasil. Ao analisar o contexto econômico, político e social da realidade brasileira é possível observar a aceleração das agendas conservadoras e neoliberais, as quais encontraram nesse governo um solo fértil para crescer e se espalhar. De acordo com Castilho e Lemos (2021), na saúde, o avanço da tendência ultraneoliberal tem acirrado ainda mais as disputas políticas dentro do SUS, entre os projetos da Reforma Sanitária e o Privatista, sendo este último mais favorecido tendo como elemento central a produção da doença como fonte de lucro.

Dessa forma, na atual gestão, observa-se que se aprofundou o desmonte do SUS, sendo uma das primeiras ações do governo Bolsonaro, o desmonte do Programa Mais Médicos, suspendendo a contratação de médicos cubanos e fazendo com que as inúmeras regiões atendidas pelo programa, principalmente aquelas de difícil acesso, ficassem sem atendimento médico.

Além disso, as autoras Bravo, Pelaez e Menezes (2020), analisando as medidas contrarreformistas na política de saúde implementadas pelo governo Bolsonaro, destacam que o Ministério da Saúde passou por mudanças na sua estrutura, sendo criadas duas Secretarias: a de Atenção Primária à Saúde e a da Tecnologia da Informação, além da extinção da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. No caso da Secretaria de Atenção à Saúde, esta foi reformulada, priorizando a especialização e a criação de um Departamento de Certificação e Articulação com Hospitais Filantrópicos e Privados, estabelecendo a contratualização com o setor privado. Ainda, foi reestruturado o Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), AIDS e Hepatites virais, que passou a se chamar Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, ou seja, integrando o departamento de doenças como hanseníase e tuberculose, assim, ocorrendo um retrocesso na estratégia brasileira contra o HIV/AIDS, consolidada como referência mundial.

Ainda no que se refere aos retrocessos da política de saúde no governo Bolsonaro, as referidas autoras chamam atenção também para a Nota Técnica nº 11/2019, da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas:

Tal documento reacendeu debates e preocupações em torno desta política, por dois motivos principais: 1. Reduzir a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e fortalecer as “comunidades terapêuticas”, que pouco têm de comunidade e menos ainda de terapêutica, se configurando como espaço de violações de direitos e pouquíssimos resultados; 2. Liberar a compra de aparelhos de choque elétrico e fortalecer os manicômios, desconsiderando o referencial da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 201).

É importante destacar, também, que desde 2020, vivencia-se no Brasil e no mundo um cenário extremamente difícil: a pandemia do COVID-19. Esse contexto explicita o colapso do sistema de saúde público brasileiro com as grandes filas, faltas de leitos, de profissionais, de respiradores, de remédios, entre outros. Portanto, a histórica redução dos gastos com a saúde produz, nesse contexto, um cenário de restrições e limitações para o acesso universal ao SUS.

Ainda, cabe mencionar que desde o início da pandemia o país esteve ausente de uma política de enfrentamento à doença. Além disso, o presidente fez, e ainda faz, declarações inconsequentes, evidenciado sua postura totalmente negacionista, mesmo diante dos números altíssimos de pessoas infectadas e de óbitos. Conforme Matos (2021, p. 32) destaca, Bolsonaro:

Acusa a mídia de ter superdimensionado a Covid-19; relativiza sua letalidade; não efetivou uma política de distanciamento social (ao contrário, promove aglomerações); não usa máscaras e vetou seu uso obrigatório nas repartições públicas; defende uso de medicação que já teve sua ineficácia atestada internacionalmente; não incentivou estudos sobre a vacina (...). Enfim, de forma assustadora, todas as orientações das autoridades da saúde pública foram e são negadas pela presidência da república.

Vale ressaltar que em meio a pandemia ocorreram dentro do Ministério da Saúde sucessivas trocas de ministros. Até o momento já passaram na gestão do governo Bolsonaro, quatro ministros da saúde. Luiz Henrique Mandetta e Nelson Teich, os dois primeiros, deixaram o cargo por divergências na maneira com que o presidente queria atuar no enfrentamento da pandemia da Covid-19. Conforme Matos (2021), ainda que estes dois estivessem mais vinculados ao setor privado e, portanto, com uma atuação distante do projeto da Reforma Sanitária, por serem profissionais da saúde, eles não concordavam com as interferências do presidente e do negacionismo no enfrentamento da pandemia.

Na gestão de Bolsonaro, a política de saúde também foi pauta para o Ministro da Economia, Paulo Guedes, que tinha como proposta a criação de um voucher, ou melhor, um vale saúde, o qual demonstrava a intenção do governo de desviar para o setor privado, as atribuições do Estado na prestação dos serviços e ações da saúde. Dessa forma, ferindo os princípios sob os quais o SUS se organiza. (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 202)

Nesse sentido, é visível que a privatização é constantemente defendida por esse governo, o que é preocupante. A defesa de tornar a saúde privatizada, além da ausência de propostas que busquem mais recursos orçamentários para o SUS, contribuem para o desmonte de um SUS público e estatal.

Ressalta-se, portanto, que, diante desses retrocessos na saúde, o desafio atual é fortalecer a luta pela efetivação do Projeto de Reforma Sanitária, defendendo a saúde pública e o SUS constitucional, mediante articulação e mobilização de movimentos sociais, sindicais e partidos políticos em fóruns em defesa do SUS e na Frente Nacional contra a Privatização da Saúde⁵ (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020). É importante mencionar a participação dos assistentes sociais em tais espaços de resistência e de enfrentamento do aprofundamento da contrarreforma, considerando a interlocução histórica da profissão com tal política, e a vinculação do projeto profissional crítico com o projeto de reforma sanitária, conforme discutiremos a seguir.

3 O SERVIÇO SOCIAL E SUA INTERLOCUÇÃO COM A SAÚDE

Na perspectiva de apreendermos a interlocução histórica da profissão com a saúde, como também os desafios do seu exercício profissional na área, é fundamental desenvolvermos uma análise sobre a trajetória histórica do Serviço Social na particularidade brasileira.

De acordo com Iamamoto e Carvalho (2011), o Serviço Social emergiu no bojo da sociedade capitalista, na década de 1930, intimamente vinculado às iniciativas da Igreja Católica e num contexto sócio-histórico marcado pelo acirramento das contradições entre o capital e o trabalho. Nessa conjuntura, o entendimento do significado social da profissão situava-se no processo de produção das relações sociais, conforme Yazbek (2009, p. 3) ressalta, “um conceito fundamental para a compreensão da profissão na sociedade capitalista é o

⁵ “Esta Frente é um importante mecanismo de articulação dos movimentos contra-hegemônicos na saúde. Tem o caráter anticapitalista e suprapartidário, e tem articulado a ela vinte e três (23) fóruns ou frentes de saúde estaduais, além de entidades, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários, que objetivam defender o SUS público, estatal, gratuito e para todos, além de lutar contra a privatização da saúde e pelos princípios da Reforma Sanitária dos anos 1980” (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 205).

conceito de reprodução social que, na tradição marxista, se refere ao modo como são produzidas e reproduzidas as relações sociais nesta sociedade”.

É importante destacar, que é no contexto marcado pelas contradições do modo de produção capitalista, que emerge a questão social⁶ nas suas múltiplas manifestações, impactando nas diversas áreas da vida social por meio da violência, da pobreza, do desemprego, da precariedade do acesso às políticas de saúde, entre outras. Dessa forma, o Serviço Social se institucionaliza no sentido do enfrentamento e regulação da questão social, e conforme chama atenção Yazbek (2009, p. 6), se torna “a ‘matéria-prima’ e a justificativa da constituição do espaço do Serviço Social na divisão sociotécnica do trabalho e na construção/atribuição da identidade da profissão”.

A partir dos anos de 1945, ocorre a expansão do Serviço Social no Brasil, em razão da conjuntura que o país vivenciava, sobretudo, pelas novas “exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças que ocorreram no panorama internacional, em função do término da 2ª Guerra Mundial” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 198). Esses autores ainda apontam que neste período a atuação profissional na área da saúde cresceu significativamente, se tornando o espaço que mais concentrou assistentes sociais.

Nesse sentido, podemos ressaltar que o Serviço Social teve sua inserção na saúde, como profissão institucionalizada, a partir da década de 1940, ocorrendo a ampliação de profissionais nesse setor no ano de 1948, em razão do estabelecimento de um “novo” conceito de saúde, pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esse conceito ampliado, segundo Scliar (2007, p. 36-37), provocou “o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde”, destacando que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”.

Nesse contexto, evidenciando os aspectos biopsicossociais e reconhecendo que estes demandam a ação de uma equipe multidisciplinar, de acordo com Bravo e Matos (2009), determinou-se a requisição da atuação de vários profissionais na saúde, inclusive de assistentes sociais. Dessa forma, coube ao Serviço Social enfatizar “a prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da ‘clientela’, com relação aos hábitos de higiene e saúde” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 199), apresentando como eixo central de sua atividade a dimensão individual, de modo que esta focava na responsabilização do paciente pelo seu tratamento e culpabilizava o mesmo pelos seus problemas.

Além do conceito de saúde definido pela OMS, outro fator que foi primordial para a expansão do Serviço Social nesse setor, refere-se à consolidação da Política Nacional de Saúde no Brasil, junto com a ampliação de gastos com a assistência médica, pela previdência social. O contexto vivenciado demandava profissionais que lidassem com as contradições da ampliação da assistência médica hospitalar, logo, estes profissionais atuavam nas demandas do cotidiano, as quais tinham caráter excludente e seletivo. Vale destacar que a intervenção do/a assistente social se efetivou, principalmente, nos hospitais, colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária (BRAVO; MATOS, 2009).

A partir da década de 1960, uma série de mudanças promove novos rumos ao Serviço Social brasileiro. Nesse período, surge um debate na profissão, entre os/as assistentes sociais com posicionamentos progressistas, questionando a direção do Serviço Social e a postura conservadora hegemônica da profissão e que se refletia em suas ações nos diversos espaços

⁶ “A questão social se refere às expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, além da caridade e repressão” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 77).

sócio-ocupacionais. No entanto, com o golpe militar ocorrido em 1964, esse processo de crítica e debate foi suprimido, tendo em vista “a neutralização dos protagonistas sócio-políticos comprometidos com a democratização da sociedade e do Estado”. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 201)

Com a ditadura militar instaurada no país, é vivenciado um momento de repressão, censura e suspensão de direitos civis e políticos. Dessa forma, as políticas públicas, inclusive a saúde, passam por um período de instabilidade devido ao modelo político adotado. Nesse cenário, no final dos anos 1960 e no início dos anos 1970, o/a assistente social expressa a necessidade de atribuir um caráter científico e técnico às suas atividades, desse modo, ocorre um processo de revisão interna que se expressa no movimento de Reconceituação na América Latina.

Esse movimento culminou, no Brasil, no processo de Renovação do Serviço Social⁷, se expressando em três perspectivas: a perspectiva modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura. Esta última, busca romper com o tradicionalismo, historicamente presente na profissão, aproximando-se do marxismo, o que significou avanços tanto no campo teórico, como numa atuação profissional guiada por uma perspectiva da totalidade numa visão crítica dialética.

No entanto, Kruger (2010) destaca que o Serviço Social no âmbito da saúde esteve voltado principalmente para a estratégia de modernização conservadora, com vinculação marcada na organização do conjunto previdenciário de assistência médica, apresentando a ampliação de sua atuação em hospitais e ambulatórios, mas apenas na saúde individual e não na coletiva. Isso reflete, segundo Bravo (2007 apud COSTA, 2012, p. 18), numa “atuação limitada a ações burocráticas, focalistas, de cunho psicossocial junto a pacientes e familiares, desenvolvendo seu exercício profissional de forma subsidiária, subordinada à prática médica, sem questionamentos”.

Na década de 1980, contexto sócio-histórico caracterizado pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira, ocorre um movimento significativo na saúde coletiva, que também se expressa no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e a incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo. (BRAVO; MATOS, 2009). Tal contexto marca o início da maturidade intelectual da profissão, devido a aproximação do Serviço Social da tradição marxista, a partir da tendência de intenção de ruptura, principalmente no âmbito das Universidades. No entanto, apesar desse fortalecimento teórico-crítico, no que tange à intervenção do/a assistente social, poucas mudanças foram apresentadas, pois, de acordo com Bravo (2007), havia um certo distanciamento entre os referenciais teóricos e as perspectivas de intervenção profissional.

Nesse sentido, Bravo e Matos (2009) afirmam que no âmbito da intervenção, poucas alterações trouxeram os ventos da vertente intenção de ruptura para o cotidiano dos serviços, o que se expressa na particularidade da saúde.

Em relação às conquistas da profissão, é fundamental destacarmos o processo de construção do Projeto Ético-político do Serviço Social, que tem sua gênese em 1979, no III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), conhecido como o “Congresso da Virada”, avançando nos anos de 1980 e consolidando-se na década de 1990, quando adquire maior nitidez e densidade ético-política, teórica e técnica. Esse projeto tem em sua base o enfretamento e a denúncia ao conservadorismo profissional e o reconhecimento da liberdade como valor central, sua materialização se dá no Código de Ética de 1993, na Lei que

⁷ A renovação do Serviço Social consiste em um “conjunto de características novas que, no marco das constrições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições e da assunção do contributo de tendência do pensamento social contemporâneo, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização, e de validação teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais” (NETTO, 2008, p. 131).

Regulamenta a Profissão (Lei nº8.662/90) e nas Diretrizes Curriculares de 1996. Vale mencionar que há uma evidente relação entre este projeto com o projeto da Reforma Sanitária, tendo em vista que ambos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e que seus referenciais teóricos, seus princípios e muitos de seus posicionamentos encontram-se alinhados.

Cabe enfatizar que o/a Assistente Social passa a ser reconhecido/a como profissional da saúde, através das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, n. 218, de 06 de março de 1997, e do Conselho Federal de Serviço Social, n. 383 de 29 de março de 1999, que compreende que o atendimento em saúde não é apenas a ausência de doenças, mas, também, é produto das condições gerais de vida e de dinâmica das relações sociais dos sujeitos. Além disso, os princípios da Política Nacional de Saúde, Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, segundo Martinelli (2011, p. 499), “direcionam na luta pela vida, no compromisso pela construção de práticas democráticas, sintonizadas com as necessidades sociais e de saúde da população”.

Com a implantação do SUS e os avanços por ele trazidos, os espaços sócio-ocupacionais dos/as assistentes sociais foram se ampliando gradativamente, ao tempo em que esse/a profissional foi sendo chamado para atuar no âmbito da saúde coletiva, realizando intervenções permeadas e orientadas pela perspectiva dos direitos sociais. Contudo, nos anos 1990 novos desafios surgem à profissão, tendo em vista que se vivencia a ofensiva neoliberal no país, de modo que o SUS se vê tensionado por dois distintos projetos no âmbito da política de saúde, e que exigem requisições distintas dos/as assistentes sociais, assim:

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção sócio-econômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando [...]: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO; MATOS, 2009, p. 206).

Entre os projetos em disputa na política de saúde, o que vem ganhando força e hegemonia é projeto de saúde privatista, principalmente, com o avanço das medidas contrarreformistas que a partir de 2016 ganharam configurações mais explícitas, colocando em xeque a viabilidade da Reforma Sanitária e, de acordo com Soares (2019), intensificando a realidade de precarização do trabalho, privatização e fragilização dos vínculos dos/as assistentes sociais.

Na política de saúde, pode-se notar uma grande ofensiva contra a universalização do direito à saúde e a intensificação do processo de desestruturação do SUS, além da forte influência de uma cultura neoconservadora nos diversos espaços sociais, o que se reflete também na atuação do Serviço Social, isso porque “a ascensão cada vez maior do conservadorismo na saúde tende a requisitar que os assistentes sociais atuem cada vez mais sobre a doença e os indivíduos, precisamente sobre as mudanças comportamentais” (SOARES, 2017, p. 125).

Portanto, tais configurações da política de saúde trazem inflexões importantes e grandes limites para a prática do/a assistente social na saúde, considerando que, conforme enfatiza Soares (2019, p. 6), na fase atual da contrarreforma “o desmonte da política de saúde e seus desdobramentos em termos de superprecarização, intensa privatização e desconstrução do ideário do direito público vêm colocando ao Serviço Social na saúde velhos e novos desafios”, que se refletem nos vários espaços sócio-ocupacionais dos/as assistentes sociais, e dentre estes na atenção hospitalar conforme discutiremos no tópico a seguir.

4 A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO HOSPITALAR: BREVES REFLEXÕES

O Serviço Social vem sendo requisitado para atuar na política de saúde nos vários níveis de complexidade do SUS, inserido nas várias formas de organização dos serviços, e ao atender às necessidades imediatas e mediatas da população, interfere e cria um conjunto de mecanismos que incidem sobre as principais contradições do sistema de saúde pública no Brasil (COSTA, 2009).

Antes de iniciarmos na questão central que aqui nos propomos discutir, faz-se necessário tecermos algumas reflexões sobre a organização do sistema de saúde brasileiro. Conforme é regulamentado através da Lei 8080/90, o Sistema Único de Saúde é categorizado em três grandes níveis, sendo eles: Atenção Básica, Atenção Média e Atenção de Alta Complexidade. De acordo com as definições oficialmente adotadas pelo Ministério da Saúde, a atenção básica, que possui a Estratégia Saúde da Família como principal instrumento para sua organização, pode ser definida como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2011, p. 11), se caracterizando como a porta de entrada de atendimento aos usuários do SUS.

Em relação à atenção de média complexidade, esta é composta por ações e serviços especializados prestados em ambulatórios, que tem por objetivo “atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento” (BRASIL, 2011, p. 12).

Por fim, o nível de atenção à saúde de alta complexidade, conforme o Ministério da Saúde define, abrange um “conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde” (BRASIL, 2011, p. 13). Tais serviços e procedimentos de alta complexidade são prestados, em sua maioria, em unidades hospitalares de grande porte.

No que se refere aos hospitais, Carvalho (2021) ressalta que eles integram as políticas de saúde, possibilitando serviços essenciais que incluem atendimento no âmbito da promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir de assistência curativa e preventiva em que as ações podem ir além do campo hospitalar. A Organização Mundial de Saúde (OMS) expressa que:

O Hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais (MEZZOMO, 2003, p. 20, apud CARVALHO, 2021, p. 2).

Vale destacar que os hospitais, ao longo da sua trajetória, passaram por diversas transformações, se tornando instituições progressivamente mais complexas, assumindo novas responsabilidades para além do adoecimento e recuperação dos usuários, e, conseqüentemente, compreendendo um papel fundamental nos sistemas de saúde.

Os hospitais podem ser classificados a partir de algumas características, como: a) o porte do estabelecimento, sendo o hospital de pequeno porte com capacidade de até 50 leitos; de médio porte com 51 a 150 leitos; de grande porte até 500 leitos e hospitais de capacidade extra superior a 500 leitos; b) de acordo com o perfil assistencial do hospital, podendo ser de clínicas básicas, geral, especializado, universitário e de ensino e pesquisa; c) a partir do nível de complexidade das atividades prestadas pela unidade, como hospital de nível secundário, terciário ou quaternário; d) conforme o papel do estabelecimento na rede de serviços de saúde:

hospital local, regional, de referência estadual ou nacional; e) pelo regime de propriedade, podendo ser hospital público, privado, privado com fins lucrativos e privado sem fins lucrativos (beneficentes ou filantrópicos). (NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008)

Portanto, apesar dos diferentes portes de estabelecimentos, os hospitais são caracterizados pela prestação de cuidados com os pacientes internados, sendo necessário atendimento durante 24 horas do dia, atividade que é peculiar à hospitalização, deste modo, é uma atividade específica desse ambiente, o que lhe traz uma identidade própria, “ou seja, o que nos permite nomear uma organização como um hospital é a oferta, por parte desta instituição, de serviços de assistência à saúde em regime de internação” (MELLO, 2012, p. 27).

No que se refere à inserção do Serviço Social em contextos hospitalares, vale destacar que a saúde tem sido historicamente uma das áreas de maior inserção dos/as assistentes sociais no Brasil, sendo no âmbito hospitalar a sua maior concentração. De acordo com Martinelli (2003, p. 11), isso ocorre “por volta dos anos 40, quando começa a implantar-se no país um novo modelo de saúde, no qual o hospital passa a ser o centro de referência da prática médica, e o/a assistente social já era considerado um profissional indispensável na equipe”. Como evidência disso, temos o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, criado em 1945, que desde a sua origem contou com a participação de assistentes sociais.

Importa salientar que as ações dos/as assistentes sociais, junto aos departamentos médicos, hospitais e ambulatórios, centravam-se, segundo Iamamoto e Carvalho (2011, p. 313), “sobre os aspectos sociais e morais da doença, na educação social quantos aos princípios básicos de higiene e puericultura e, principalmente, na readaptação à vida familiar e reintegração à produção”.

No entanto, as transformações que ocorreram nas últimas décadas na política de saúde, como também o processo de renovação da profissão, vêm se refletindo em mudanças tanto no nível institucional do atendimento como nas requisições e as respostas às demandas dadas pelos/as assistentes sociais na saúde, tendo em vista que a intervenção dos/as profissionais, no contexto hospitalar, foi se materializando em torno de programas e projetos e plantões, configurando a prática destes/as em ações socioassistenciais de caráter emergencial-assistencial. (COSTA, 2012)

Dessa forma, podemos compreender que a inserção do Serviço Social nos serviços de saúde, segundo Costa (2009, p. 310), “é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil”.

No âmbito hospitalar, a inserção do/a assistente social ocorre a partir da necessidade de um profissional que possa atuar “entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária” (Bravo e Matos (2009, p. 29).

No que se refere aos plantões, Vasconcelos (2009, p. 248) destaca as seguintes demandas dirigidas pelos usuários:

Procura espontânea: os usuários procuram espontaneamente o plantão do Serviço Social para obter acesso aos serviços da unidade, para orientações diversas ou para acesso aos serviços, orientações e reclamações; **Encaminhamentos internos:** encaminhamentos dos usuários para o plantão do Serviço Social – por assistentes sociais - para providenciar consultas médicas, orientação previdenciária, inserção na rotina da unidade, encaminhamentos, cadastro nos Programas; encaminhamentos internos realizados pelos profissionais de saúde e pelos demais serviços da unidade, para orientações diversas, “solução de problemas”, encaminhamentos diversos, localização de familiares e de pacientes; acesso a recursos materiais, atendimento de “casos sociais”, cartões de visita, requerimentos; **Encaminhamentos externos:** na

procura do plantão pelos usuários através de encaminhamento externo à unidade os usuários demandam acesso aos recursos/serviços que a unidade oferece, orientações e informações diversas.

De acordo com a referida autora, particularmente, “o plantão não se constitui num serviço ou atividade pensada, planejada, organizada, reduzindo-se a ações isoladas desenvolvidas pelo assistente social para resolver o problema do usuário” (VASCONCELOS, 2009, p. 247). Isso porque, o plantão se caracteriza pelo atendimento de demandas espontâneas, muitas vezes no sentido de informação e orientação, trazidas ao setor do Serviço Social (por usuários, familiares e, também, por profissionais da instituição), que necessitam serem respondidas de maneira imediata e emergencial, assim, não sendo possível conceder uma direção intelectual crítica ao trabalho realizado, devido à imediaticidade do cotidiano. Dessa forma, nota-se que a ação dos/as assistentes sociais no plantão acaba se reduzindo a uma prática burocrática e não assistencial.

Entretanto, conforme Sodré (2010) destaca, isso não significa dizer que o plantão é uma atividade desnecessária e que as ações realizadas neste podem ser desconsideradas, pelo contrário, mesmo de modo imediato elas respondem as necessidades sociais que interferem no processo de saúde-doença e no acesso do usuário à saúde. Mas, é preciso realmente atentar para o fato de que o trabalho do/a assistente social não pode se esgotar nesse atendimento pontual, compreendendo que o/a “profissional que se resume a dar plantões e encaminhamentos, as políticas de saúde lhe reservam lugares extenuantes de trabalho, equipes despreparadas, ambientes insalubres e condições inferiores de administrar seu processo de trabalho no atendimento aos usuários” (SODRÉ, 2010, p. 466).

Nesse contexto, podemos verificar que mesmo com a existência de um cenário favorável a isto, é fundamental que o/a assistente social construa uma postura crítica frente a esta realidade e busque identificar possibilidades de elaborar respostas mais efetivas na direção da afirmação de direitos dos usuários, compreendendo a necessidade social concreta que se coloca para a profissão indo além das demandas imediatas, espontâneas e emergenciais.

No ano de 2010, com o intuito de fortalecer e referenciar a intervenção desse profissional neste setor, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), instituiu os “Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, um documento elaborado com o objetivo de dar sustentação ao trabalho e projeto profissional da categoria na saúde, sobretudo, no âmbito do SUS, reforçando a importância de reconhecer os usuários como sujeitos de direitos.

Esse documento abrange as competências e atribuições dos/as assistentes sociais na saúde, que em conjunto com o Código de Ética e a Lei de Regulamentação da profissão, direcionam o fazer profissional numa perspectiva ética e democrática. Além disso, de acordo com Kruger (2010), os parâmetros explicitam as conexões entre o projeto ético-político da categoria com as bases da Reforma Sanitária.

Essa proximidade, portanto, influenciou em alguns eixos a prática do/a Assistente Social na saúde, levando à compreensão, segundo Bravo e Matos (2009, p. 214), que para uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde, se faz necessário:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contida no projeto de Reforma Sanitária; Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas; Elaborar e participar de projetos de educação permanentes, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho

desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde.

Nos hospitais, assim como em qualquer outro espaço sócio-ocupacional, é fundamental que os profissionais do Serviço Social estejam elucidados quanto as suas competências e atribuições, referenciadas pela Lei de Regulamentação da Profissão (nº 8.662 de 1993), devendo serem observadas e respeitadas, tanto pelos/as profissionais quanto pelas instituições empregadoras. Nesse sentido, com base na referida normativa, podemos destacar algumas atribuições privativas⁸ do/a Assistente Social, como: “coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social”, entre outros. (CFESS, 2010, p. 36-37)

Além disso, se constituem competências⁹ destes/as profissionais, segundo o CFESS (2010), a elaboração, execução, coordenação e avaliação de políticas sociais; a orientação social de indivíduos e grupos no sentido de identificar recursos e de fazer uso destes no atendimento e na defesa de direitos; a realização de estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios; bem como outras competências expressas no artigo 4º da lei de regulamentação.

Em relação à atuação dos/as assistentes sociais no contexto hospitalar, podemos destacar que esta tem intuito de integrar aspectos preventivos, informativos e de promoção da saúde junto aos usuários e familiares, passando pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença, conforme ressalta Silva (2016, p. 49-50):

[...] a inserção da/o Assistente Social contribui com a análise e contexto de vida do usuário, no intuito de refletir sobre suas condições sociais, e garantir o acesso aos direitos sociais, tão influenciadores no processo de saúde e doença dos usuários e seus familiares, pautando-se em uma ação interventiva, impactando diretamente na melhora e recuperação do sujeito pós-alta hospitalar.

Nesse sentido, compreende-se que a intervenção desses/as profissionais está pautada no acolhimento e apoio ao usuário do serviço de saúde e aos seus familiares¹⁰, na perspectiva de um atendimento humanizado ao usuário, buscando construir respostas mais efetivas na direção da afirmação de direitos dos diferentes segmentos da população que acessam tais serviços.

A partir das análises de Costa (2009), é possível destacar algumas ações do/a assistente social no âmbito da saúde, e que envolvem o contexto hospitalar, como: a realização de levantamento de dados socioeconômico dos usuários, com finalidade de conhecer as condições de vida, os fatores que perpassam o seu cotidiano e a influência desses no processo saúde/doença, assim como a identificação de seus familiares; a interpretação de normas e rotinas do hospital, informando os horários de visitas e troca de acompanhante, e atividades socioeducativas com informações de saúde, objetivando promover a educação em saúde.

O documento sobre os parâmetros para a atuação de assistentes sociais na Política de Saúde, também destaca atividades que devem ser realizadas por esses/as profissionais nos hospitais, algumas delas são: realizar orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais dos usuários, no sentido de democratizar as

⁸ Atribuições privativas também são competências, porém exclusivas, decorrentes, especificamente, da formação profissional (CFESS, 2010).

⁹ As competências não são ações exclusivas do Assistente Social. Segundo Terra (1998), elas são qualificações profissionais para prestar serviços que a lei reconhece, independentemente de serem, também, atribuídas a profissionais de outras categorias (CFESS, 2010).

¹⁰ Segundo Vasconcelos (2009, p. 12), “a atenção prestada pelos assistentes sociais, em grande parte, permite aos usuários sentirem-se respeitados, apoiados, contando no interior das instituições com um lugar para aliviar suas tensões”.

informações; enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal; conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade; fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação; formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas; elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais na perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde; entre outros. (CFESS, 2010)

A fim de realizarem suas intervenções, buscando garantir os direitos fundamentais referentes à saúde, verifica-se que os/as assistentes sociais utilizam alguns instrumentos técnico-operativos como “as visitas domiciliares, o estudo social, relatórios sociais, entrevistas, dinâmicas de grupos, entre outras ações para que os direitos sejam garantidos, sempre com embasamento teórico-metodológico e de acordo com as leis previstas pela profissão”. (CARVALHO, 2021, p. 1)

Vidal e Guilherme (2019) chamam atenção para o fato que o/a assistente social no contexto hospitalar, exerce o papel de mediador/a entre instituição e usuário, lidando muitas vezes com os conflitos entre o que é de interesse da instituição e os direitos da população. Nesse contexto, Vasconcelos (2009) acrescenta que as demandas que chegam ao Serviço Social nos serviços de saúde, independente da unidade de saúde, subjugam o trabalho dos/as assistentes sociais ao movimento interno da instituição, tornando suas ações complementares às intervenções dos demais profissionais e/ou funcionais à dinâmica interna das instituições.

Desse modo, o documento do CFESS (2010) especifica as atribuições que não competem aos/as assistentes sociais na saúde, como: marcar consultas e exames; solicitar regulação de ambulância para remoção e alta; pesagem e medicação de crianças; comunicação de óbito; emitir declaração de comparecimento na unidade hospitalar quando o atendimento foi realizado por outros profissionais, entre outros. Estas ações são solicitadas ao/a assistente social, muitas vezes em virtude das condições de trabalho e/ou da falta de conhecimento dos outros profissionais da instituição sobre o papel dos/as assistentes sociais neste espaço.

De fato, na saúde, como em outros espaços sócio-ocupacionais, muitos/as assistentes sociais ainda enfrentam obstáculos quanto a compreensão de suas atribuições e competências para os demais membros da equipe de saúde e usuários, pois, segundo Vidal e Guilherme (2019, p. 21), “são poucos os profissionais que conseguem compreender qual o trabalho que o assistente social deve realizar e entendem a identidade desta profissão”. Além disso, observa-se que a profissão ainda se depara com o desafio de afirmar o/a assistente social como profissional de saúde e não como um/a técnico/a que auxilia ou complementa o trabalho dos médicos, pois, conforme Miranda (2011) ressalta, é recorrente nos vários níveis de atenção, em especial no contexto hospitalar, a percepção que a intervenção do/a assistente social é complementar à prática médica.

Cabe destacar, ainda, que a partir do ano de 2020 novos limites e desafios são postos aos/as assistentes sociais que atuam no âmbito da saúde, em razão da pandemia do novo coronavírus (COVID-19), e dos impactos que a doença apresenta configurando-se como a maior crise sanitária da humanidade, conforme veremos a seguir.

5 O SERVIÇO SOCIAL NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19: DEMANDAS E DESAFIOS PARA O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NOS HOSPITAIS

No final do ano de 2019, a Organização Mundial da Saúde foi alertada sobre o surgimento de um vírus que estava provocando um surto inexplicável de pneumonia, na cidade de Wuhan, na China. Tratava-se, portanto, do vírus cientificamente nomeado como SARS-CoV-2, causador do Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), que afeta a saúde, sobretudo, a partir da infecção do sistema respiratório.

Este vírus altamente transmissível, rapidamente se espalhou pelo mundo levando ao adoecimento e à morte milhares de pessoas. No Brasil, foi identificado o primeiro caso em 26 de fevereiro de 2020 e registrada a primeira morte por COVID-19 no país em 17 de março, mesmo período em que adentramos numa onda de transmissão comunitária e, também, em que a OMS veio classificar a COVID-19 como pandemia, tendo em vista a grande capacidade de transmissão e o alto índice de mortalidade num curto período.

Sendo assim, nos últimos dois anos, o mundo vem vivenciando uma das maiores pandemias do século XXI. No Brasil, o avanço do contágio foi rápido e devastador, e até junho de 2022, haviam sido contabilizados desde o início da pandemia no Brasil, um total de 32.023.166 casos confirmados, e 670.229 óbitos, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022), e no mundo, atinge a triste marca de 6 milhões de mortes causadas pela COVID-19.

Em meio ao grande avanço de contaminação da doença e, conseqüentemente, o colapso gerado nos serviços de saúde, situações de emergência e de calamidade pública foram decretadas por muitos países. Dessa forma, os órgãos de saúde e as autoridades governamentais necessitaram desenvolver estratégias para conter a disseminação do vírus.

No ano de 2020, sob as orientações da Organização Mundial da Saúde, algumas medidas de prevenção foram adotadas para o enfrentamento dessa crise sanitária, como usar máscara, manter as mãos higienizadas, usar álcool gel e ficar em isolamento social. No entanto, no Brasil, apenas essas medidas para conter o avanço do vírus não conseguiram diminuir o número de contágios, visto a disseminação de notícias falsas que solidificaram a negação da pandemia por parte do governo Bolsonaro que, através de ideias ultraconservadoras, ultraneoliberais, neofascistas e atitudes genocidas, colocou o lucro na frente da vida, com a resistência de seguir as orientações dos órgãos sanitários para conter a disseminação do vírus e adotando uma postura de naturalização das mortes, somado a um “contexto de grande desigualdade social, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso sistemático à água e em situação de aglomeração” (WERNECK; CARVALHO, 2020, p. 1).

Nessa perspectiva Soares, Correia e Santos (2021, p. 119), destacam que:

O governo federal, no contexto da maior crise sanitária de dimensão planetária, tem minimizado a pandemia da covid-19, em função do seu projeto de extrema direita que coloca o lucro acima da vida, banalizando as mortes. A política genocida que foi adotada pelo governo, seu caráter negacionista, ultraliberal e protofascista, não considera as evidências científicas, oculta dados, naturaliza as mortes e provoca a flexibilização das medidas recomendadas pela ciência e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em nome do mercado.

Portanto, no contexto da maior crise sanitária vivenciada pelos países no contexto global, particularmente no Brasil, se presenciou a postura negacionista do governo federal, que naturaliza o número de óbitos, negligencia as orientações da OMS, não estimula o uso de máscara, questiona a mortalidade por covid-19, a eficácia das vacinas, inclusive o presidente afirmando publicamente que não iria se vacinar e defendendo o uso de medicação sem nenhuma eficácia comprovada. Além disso, o presidente Jair Bolsonaro esteve nesse período

disseminando falas de “desqualificação do potencial do vírus, o tratando como uma ‘gripezinha’, bem como se posicionando contrário ao isolamento social” (MATOS, 2020, p. 2). Com essas atitudes, ele promove e incentiva a morte de mais brasileiros, ao divulgar ideias que colocam a vida das pessoas em risco.

Vale lembrar que grande parte dos casos poderiam ter sido evitados, se o governo federal não tivesse ignorado diversas vezes a compra de vacinas, como as 70 milhões de doses da Pfizer que foram ofertadas, inclusive, pela metade do preço e que poderiam ser entregues em dezembro de 2020, segundo informações da BBC Brasil (2021), ou seja, a vacinação que teve início em 2021, no Brasil, poderia ter iniciado ainda no ano de 2020.

Portanto, no contexto da pandemia da COVID-19, a população tem sentido ainda mais os impactos das medidas de desfinanciamento das políticas públicas, de redução dos investimentos na área da saúde, do aumento da privatização (principalmente dos hospitais), do sucateamento do SUS, entre outros; que tem se refletido nas respostas limitadas dadas à situação emergencial do COVID-19.

É importante destacar que a organização da vida em sociedade, de forma geral, foi afetada por esse contexto adverso e inesperado da pandemia. Com o pedido para que todos ficassem em casa e a necessidade do isolamento social, como medida de prevenção, a rotina da população sofreu algumas modificações, visto que, estabelecimentos, escolas, comércios e serviços não essenciais foram fechados e diversas categorias profissionais pararam suas atividades. Dessa forma, alguns trabalhadores passaram a desenvolver o seu trabalho em casa, de forma remota ou em *home office*, porém, para aqueles que trabalham nos serviços essenciais e, principalmente, na saúde, a dinâmica de trabalho se manteve, sendo afastados apenas os profissionais que compõem o grupo de risco.

Nesse contexto, junto aos demais profissionais da saúde, os/as assistentes sociais são chamados/as para atuar na linha de frente do enfrentamento da COVID-19, cumprindo, dessa forma, com o compromisso ético da categoria de continuar prestando atendimento e auxílio à população, em situação de calamidade pública, defendendo seus interesses e necessidades, conforme consta no artigo 3º do Código de Ética do/a Assistente Social.

A partir dos desafios apresentados aos profissionais da saúde e particularmente aos/as assistentes sociais no cenário da pandemia, foi necessário um replanejamento das suas ações diante das novas demandas que se apresentavam, atentando-se para o fato de que:

Uma situação de pandemia que o Brasil vive hoje, certamente convoca assistentes sociais, mas estes devem atuar se limitando ao campo das suas competências profissionais e de suas atribuições privativas. Não são quaisquer tarefas, ainda que importantes, que devem esses profissionais desenvolver (MATOS, 2020, p. 3).

O cenário emergencial desencadeado pelo Coronavírus, provocou algumas mudanças na dinâmica do trabalho dos/as assistentes sociais e trouxe diversas implicações para os/as trabalhadores/as da saúde, que precisaram lidar com novos e velhos desafios.

No âmbito hospitalar, com a suspensão de visitas e acompanhantes, as demandas requisitadas pelos usuários e a instituição, passou a exigir ainda mais a demarcação de suas atribuições e competências profissionais.

Em março de 2020, o Ministério da Saúde (MS) ao elaborar o documento sobre “Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19”, de forma equivocada instituiu o Serviço Social como responsável pela comunicação de óbito aos familiares. Além disso, essa demanda abriu espaço para que outras informações dos usuários, como os boletins clínicos, fossem solicitadas aos assistentes sociais. Essas questões, já superadas em alguns espaços, aparecem de forma mais acirrada na pandemia.

Frente a isso, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), publicou a Orientação Normativa nº 3/2020, explicando que informar sobre o estado de saúde do usuário, fazer leitura

de boletins médicos e comunicar óbito não se constituem atribuição ou competência profissional do/a assistente social. Pois, este/a profissional não possui o conhecimento técnico e clínico do médico, para informar sobre estado de saúde e nem sobre as complicações clínicas relacionadas ao óbito, portanto, cabe ao/a assistente social apenas o compromisso de:

[...] informar a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente, tais como, os relacionados à previdência social, aos seguros sociais e outros que a situação requeira, bem como informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento, traslado e demais providências concernentes (CFESS, 2020, p. 2).

Embora se compreenda a preocupação e a ansiedade das famílias por informações clínicas do paciente, o Serviço Social ao defender que a categoria não é responsável por essa demanda, também está defendendo o direito dos usuários do SUS e de seus familiares de receberem informações, dos procedimentos adotados e da situação de saúde, pelo profissional capacitado para lidar com tais demandas. Além disso, mesmo que a comunicação entre a família e o Serviço Social seja recorrente, conforme Ricardo *et. al* (2021, p. 110) destaca, “os fluxos informativos de saúde cabem a todas as profissões, entretanto cada uma detém determinado conhecimento, e as informações prestadas devem se limitar ao seu âmbito de intervenção profissional”.

Cabe destacar também, no que se refere aos desafios enfrentados pelos/as assistentes sociais que atuaram na linha de frente da pandemia, que diante de um contexto de perdas, incertezas e medo, também precisaram enfrentar dificuldades no acesso aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), pois estes estavam sendo fornecido apenas para os profissionais que tinham contato direto com os usuários com COVID-19. Dessa forma, considerando a circulação do vírus em todos os espaços, isso tornou-se uma reivindicação da categoria de assistentes sociais, envolvendo os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) e o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que rapidamente questionou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que, por sua vez, ratificou a necessidade de uso de EPI pelos/as assistentes sociais, culminando com o Parecer Jurídico do CFESS nº 05/2020-E.

Nesse contexto, o CFESS também elabora um documento que trata sobre “Os impactos do coronavírus no trabalho do/a assistente social”, no qual enfatiza que a categoria deve proteger-se da melhor forma possível, de modo a resguardar suas vidas e condições de saúde, portanto, é necessário que as instituições empregadoras disponibilizem EPI's suficientes para seus profissionais. (CFESS, 2020)

Os impactos da pandemia na saúde desses/as profissionais também estão ligados diretamente à sobrecarga de trabalho, tendo em vista que nesse período foi preciso atender diversas demandas, as que já eram do cotidiano da sua atuação e as da pandemia, além do esforço diário e contínuo de reafirmação do seu trabalho, das suas atribuições e competências.

No âmbito hospitalar, especialmente, houve uma intensificação da força de trabalho dos profissionais em razão do aumento dos atendimentos e, também, do aprofundamento dos plantões durante a pandemia, que segundo Soares, Correia e Santos (2021), foi uma estratégia bastante utilizada pelos profissionais para se expor menos ao vírus. Mas, que, na verdade, acentuou os riscos e agravos à saúde do trabalhador, tendo em vista a longa e exaustiva duração de trabalho, que acaba colocando em risco a saúde do profissional e a qualidade dos serviços prestados.

Outros desafios, que já faziam parte da realidade da profissão, mas que foram bastante evidenciados no contexto da pandemia, referem-se ao cenário de trabalho dos/as assistentes sociais, acompanhado das precárias condições trabalhistas, salariais, fragilidade de vínculos, sucateamento dos espaços de trabalho, dificuldades de recursos materiais, entre outros. Na pandemia, apesar de ter ocorrido um aumento dos vínculos profissionais de assistentes sociais

nos serviços de saúde, principalmente em hospitais de campanha, a maior parte da expansão desses serviços “se deu via terceirização da gestão em saúde, (...), portanto, com contratos precários, inseguros e temporários de trabalho, além da histórica tendência de baixas remunerações” (SOARES; CORREIA; SANTOS, 2021, p. 124).

A partir das análises de Ricardo *et. al.* (2021, p. 106), podemos considerar como desafios para o exercício profissional dos/as assistentes sociais, no enfrentamento da pandemia da COVID-19, algumas questões centrais:

[...] biossegurança, autonomia relativa, estabelecimento e reordenação das rotinas e criação de novas estratégias, dificuldades na afirmação das atribuições privativas do Serviço Social, intervenções de forma remota, a linha tênue entre informações concernentes ao Serviço Social e as ações informativas descoladas da responsabilidade profissional, além das graves inflexões trazidas pela contrarreforma da saúde.

A partir do exposto, podemos destacar que, mesmo diante da complexidade, dos desafios e das profundas contradições evidenciadas na conjuntura atual, os/as assistentes sociais não se esquivaram à luta. E, conforme ressaltam Soares, Correia e Santos (2021), mesmo no bojo de tantas e tão complexas contradições, os/as assistentes sociais exercitaram a relativa autonomia profissional, incluindo e ultrapassando as relações de trabalho e de subordinação, avançando em direção à consciência individual e coletiva, apropriando-se do conhecimento aprofundado sobre a realidade e sobre os projetos em disputa no contexto atual da política de saúde. Ainda com base nas referidas autoras, é possível observar que, em meio as contradições da pandemia, o Serviço Social, com seu projeto ético-político-profissional, foi capaz de propor as respostas mais qualificadas às demandas complexas da crise sanitária e das expressões da questão social, a partir da construção de estratégias coletivas de reflexão sobre a realidade, realizando articulações interna e externa aos serviços, inclusive junto aos movimentos sociais.

Vale enfatizar que a própria formação do/a assistente social o/a capacita a apreender a totalidade que perpassa a realidade dos usuários. Nesse sentido, a atuação da/o assistente social no contexto hospitalar, particularmente na linha de frente da pandemia da COVID-19, evidenciou que, apesar dos desafios postos ao seu exercício profissional, os/as assistentes sociais têm colaborado significativamente no enfrentamento das vulnerabilidades vivenciadas pela população, na defesa do SUS, da Reforma Sanitária.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises aqui construídas sobre a política de saúde brasileira, foram fundamentais para o entendimento da sua atual configuração, no contexto dos desafios enfrentados pelas políticas de seguridade social, sob ameaças constantes das investidas neoliberais e das inflexões do processo de contrarreformas, que foram agravadas pela pandemia da COVID-19.

A pandemia da COVID-19 tornou ainda mais evidente as dificuldades e tensões da política de saúde em nosso país, que vem sofrendo a partir do avanço das medidas contrarreformistas, sucateamento, desfinanciamento e precarização das condições de trabalho, dos profissionais da saúde, sob a gestão de um governo ultraliberal.

Nesse sentido, conforme Soares (2018) sinaliza, tais configurações da política de saúde repercutem cada vez mais no cotidiano da prática do assistente social na saúde, trazendo implicações e inúmeros desafios, os quais foram ainda mais acentuados com a pandemia da COVID-19. Além disso, como verificamos, no enfrentamento da pandemia novos desafios são postos ao trabalho dos assistentes sociais que atuaram e vêm atuando na atenção hospitalar.

No entanto, apesar dos desafios impostos, o/a assistente social seguiu demonstrando a importância da sua inserção nos vários espaços sócio-ocupacionais e particularmente na política

de saúde, buscando organizar sua atuação de modo a contribuir com a qualidade do atendimento prestado aos usuários, na perspectiva de viabilização do acesso da população aos direitos sociais. Além de apresentar respostas qualificadas às demandas postas no cotidiano da prática no contexto de enfrentamento da pandemia.

Desse modo, ressalta-se que os resultados do presente estudo, nos possibilitou apreender a importância do seu trabalho neste espaço sócio ocupacional, as limitações, possibilidades e os desafios que o período da pandemia do COVID-19 tem colocado para o Serviço Social.

Com o intuito de desvelar as contradições e desafios que se apresentam no cotidiano profissional, é fundamental que os assistentes sociais possam cada vez mais desenvolver o exercício de sua prática, subsidiada pelo projeto ético-político profissional, além de buscar o engajamento junto aos movimentos em defesa do SUS de qualidade, a favor do projeto de Reforma Sanitária e de políticas públicas que atendam às reais necessidades da população.

Portanto, constata-se que, em meio a esse contexto de desmonte da política de saúde e dos inúmeros desafios que se potencializaram com a pandemia da COVID-19, faz-se necessário que a categoria do Serviço Social continue buscando reafirmar o seu compromisso com os princípios norteadores do projeto ético-político profissional, no sentido de se integrar à equipe de trabalhadores/as da saúde, que lutam pela manutenção de uma saúde pública, universal e de qualidade, em meio às contradições dos interesses do mercado privado da saúde.

REFERÊNCIAS

BARROS, A. L. O trabalho do/a Assistente Social no contexto hospitalar em tempos de pandemia: um relato de experiência do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde De Parnaíba. In: PEREIRA, S. L. B; CRONEMBERGER, I. H. G. M. (Orgs). **Serviço Social em tempos de pandemia: provocações ao debate**. Teresina: EDUFPI, 2020, p. 65-79. *E-book*.

BBC Brasil. **CPI da Covid: executivo da Pfizer confirma que governo Bolsonaro ignorou ofertas de 70 milhões de doses de vacinas**. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57104347>. Acesso em: 18 abr. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_4.pdf. Acesso em: 15 fev. 2022.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 13 nov. 2021.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Ministério da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1990. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm. Acesso em: 16 fev. 2022.

_____. Coronavírus Brasil. **Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 abr. 2022.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. 5, p. 88-110.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas e práticas profissionais**. São Paulo, Cortez, 2007.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. 3, p. 197-217.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. Política de Saúde no Governo Lula. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Orgs.). **Política de Saúde na Atual Conjuntura: Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008, p. 17-21.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **SER Social**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191–209, jan./jun. 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 5 dez. 2021.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139/13218>. Acesso em: 29 nov. 2021.

BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 321-333, dez. 2010. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7697/5799>. Acesso em: 29 nov. 2021.

CASTILHO, D. R.; LEMOS, E. L. S. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 269-279, maio/ago. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/75361/46569>. Acesso em: 4 dez. 2021.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 08 mar. 2022.

_____. **Orientação Normativa n° 3/2020**. Brasília: CFESS, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/OrientacaoNormat32020.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2022.

_____. **CFESS Manifesta: Os impactos do Coronavírus no trabalho do/a Assistente Social**. Brasília: CFESS, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecialCoronavirus.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2022.

COSTA, M. D. H. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. 7, p. 304-351.

COSTA, C. S. **O Serviço Social na Saúde: reflexões sobre a prática hospitalar**. 2012. 36 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Serviço Social, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012. Cap. 4. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br>. Acesso em: 08 mar. 2022.

IAMAMOTO, M. I; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

KRUGER, T. R. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 218-226, jul./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/HGBxKRGyCZjj9FSwv6bTtrw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2021.

_____. Serviço Social e Saúde: Espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, dez. 2010.

MARTINELLI, M. L. Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica. **Revista Intervenção social**. 28, Lisboa, p. 9-18, 2003. Disponível em: <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/is/article/view/1060/1181-%3E>. Acesso em 17 de fev. de 2022.

_____. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/9SbgQxd7Wm6WLGyQ9R5WbYN/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 mar. 2022.

MATOS, M. C. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da COVID-19. **Revista Humanidades e Inovação**, v.8, n.35. p.26-35. 2021. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/5340>. Acesso em: 4 dez. 2021.

_____. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. Vitória: CRESS-17ª Região, 2020. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%C3%ADrus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa%C3%BAde-2.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2022.

MELLO, C. F. Q. **O Trabalho do Assistente Social no Contexto Hospitalar: Uma Análise na Perspectiva do Trabalho em Equipe**. 2012. 126 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

MENDES, A. N; MARQUES, R. M. O impacto da política econômica do governo Lula na Seguridade Social e no SUS. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 258-267, set./dez. 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345256004>. Acesso em: 2 dez. 2021.

_____. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. **Revista Katalysis**, v. 10, n. 1, p. 15-23, jan./jul. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/drM3CNVf4nbSvCRKGxBLmfD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 dez. 2021.

MIRANDA, A. P. R. S. **Inserção do Serviço Social nos processos de trabalho em serviços públicos de saúde- concepções e práticas**: estudo de caso em um hospital universitário- João pessoa-pb. 2011. 357 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do serviço social no Brasil pós-64. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

NETO, F. C. B; BARBOSA, P. R; SANTOS, I. S. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: Giovanella, L. et al. (orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NOGUEIRA, D. O.; SARRETA, F.O. **A inserção do Assistente Social na saúde**: desafios atuais. 4º Simpósio mineiro de assistentes sociais. Minas Gerais, 2016. Disponível em: <https://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/13/130a0812-1065-4c0b-9ab2-41a70858af1d.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2022.

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

PAIM, J. S; et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 11-31, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39643/2/PaimSistemaSaudeBrasilLancet2011.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.

REIS, C. R.; PAIM, J. S. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 58, p. 101-114, jul. 2018.

REZENDE, C. A. P. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Orgs.). **Política de Saúde na Atual Conjuntura**: Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008, p. 25-35.

RICARDO, K. S; et al. A atuação do Serviço Social em hospitais de campanha no enfrentamento à Covid-19: desafios e estratégias. In: SOARES, R. C; MELO, D. C. S; VIEIRA, A. C. S. **Serviço social no enfrentamento à Covid-19**. Recife: Pró-Reitoria de Extensão e Cultura da UFPE; Ed. UFPE, 2021, p. 93-115. *E-book*.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p. 29-41, mar. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2022.

SILVA. P. V. **O Serviço Social no Contexto hospitalar a partir da Experiência de Estágio HU/UFSC**. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

SOARES, R. C. **A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS hoje: Impactos e demandas ao serviço social**. 2010. 209 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

_____. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n.1, p. 24-32, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19496/13178>. Acesso em: 25 nov. 2021.

SOARES, R. C; CORREIA, M. V. C; SANTOS, V. M. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 118-133, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/B3QvfrsQcsNy6H3vP5ZrTmS/#>. Acesso em: 7 abr. 2022.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. 5, p. 242-272.

VIDAL, M. F; GUILHERME, R. C. Serviço Social no âmbito hospitalar: a identidade atribuída ao assistente social em Unidade de Pronto Socorro. **Serviço Social & Saúde**. Campinas, SP, v. 18, 1-28 e019010, 2019.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de Covid-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 1-4, 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-36-05-e00068820.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2022.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me abençoar, me dar forças diariamente e me guiar durante toda essa jornada acadêmica, sem Ele e a intercessão de Nossa Senhora eu não teria conseguido chegar tão longe.

Agradeço imensamente a minha família, especialmente, a minha mãe Verônica por me dar toda força e apoio necessário durante esses anos, fazendo o possível e o impossível para que esse sonho fosse realizado e me mostrando que a perseverança vence qualquer obstáculo. Ao meu pai Maurício, pelo apoio, motivação, incentivo na continuação dos estudos e por sempre acreditar na minha capacidade. Vocês são meus maiores exemplos e minha força!

Aos meus irmãos, Victor, Vinícius e Mélane, que sempre estiveram na torcida por mim para que tudo desse certo, e aos meus sobrinhos Maria Júlia, Pedro, Melina e Bento por serem minha fonte de alegria, principalmente nos dias mais conturbados.

Ao meu noivo e amigo Rhuan, que tanto me ajudou nessa caminhada e esteve me ouvindo, me apoiando e vibrando cada conquista. Sou grata por cada palavra de incentivo nas horas que mais precisei e por sempre acreditar que esse sonho seria possível.

As minhas amigas que ganhei no ensino médio e levo para vida, Patrícia e Renata, por todas as mensagens positivas e de apoio que recebi durante esse processo, por todas as vezes que me animaram, ouviram meus desabafos, me encorajaram e acreditaram em mim.

As amigas que a universidade me presenteou, Wívia Kelly e Joelma Araújo, por todo companheirismo, carinho e ajuda durante esses anos. Sem dúvidas com vocês essa jornada se tornou mais leve e feliz. Obrigada por tudo!

As minhas amigas e companheiras de turma, Adryelle Aguiar e Evelyne Medeiros, que me ajudaram imensamente durante os dois anos que estudamos juntas, serei sempre grata por todo apoio e amizade.

A minha orientadora Socorro Pontes, profissional admirável que tenho um carinho enorme. Agradeço pela sua compreensão, paciência e pela leveza que guiou este trabalho, além de todo incentivo e conhecimento adquirido durante esses anos como minha professora, supervisora acadêmica e orientadora.

A minha supervisora de campo Cecília Aragão, sou grata por todo conhecimento compartilhado durante o estágio no Hospital de Trauma e por me ajudar a compreender as vivências e os desafios do cotidiano profissional.

A Banca Examinadora, professoras Thereza Karla e Aliceane Almeida, minha gratidão pela disponibilidade em participar desse momento tão importante e por todas as contribuições valiosas que me deram durante a minha jornada acadêmica.

Por fim, agradeço a todos os docentes do Departamento de Serviço Social da UEPB, pela empatia, respeito e pelo conhecimento adquirido nesses cinco anos.