

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

Polyana Carvalho da Silva

**O exercício profissional do(a) Assistente Social na saúde: uma revisão de
literatura das práticas em contextos de alta complexidade**

Juiz de Fora
2025

Polyana Carvalho da Silva

O exercício profissional do(a) Assistente Social na saúde: uma revisão de literatura das práticas em contextos de alta complexidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Fisioterapia. Área de concentração: Serviço Social e Sujeitos Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Carina Berta Moljo

Juiz de Fora

2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Carvalho da Silva, Polyana.

O exercício profissional do(a) Assistente Social na saúde : uma revisão de literatura das práticas em contextos de alta complexidade / Polyana Carvalho da Silva. -- 2025.

119 f. : il.

Orientadora: Carina Berta Moljo

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2025.

1. Serviço Social. 2. Saúde. 3. Trabalho profissional. 4. Alta complexidade hospitalar. I. Berta Moljo, Carina, orient. II. Título.

Polyana Carvalho da Silva

O exercício profissional do (a) assistente social na saúde: uma revisão de literatura das práticas em contextos de alta complexidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Serviço Social. Área de concentração: Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social.

Aprovada em 18 de dezembro de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Profa Dra Carina Berta Moljo - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa Dra. Marina Monteiro de Castro e Castro
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa Dra. Antoniana Dias Defilippo Bigogno
Universidade Federal Fluminense

Juiz de Fora, 17/03/2025.



Documento assinado eletronicamente por **Carina Berta Moljo, Professor(a)**, em 17/03/2025, às 14:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marina Monteiro de Castro e Castro, Professor(a)**, em 17/03/2025, às 15:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Antoniana Dias Defilippo Bigogno, Usuário Externo**, em 17/03/2025, às 15:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufff (www2.ufff.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2295741** e o código CRC **E87E116E**.

Dedico este trabalho à minha amada e querida mãe, Heloísa. Sou imensamente grata por tudo o que fez e faz por mim e por todo o seu amor e dedicação. Tenho um orgulho enorme de ser sua filha e uma admiração profunda pela mulher extraordinária que é. Obrigada por tudo! Amo-a infinitamente!

Ao meu amado esposo, Sandro, cuja presença constante, carinho e apoio inabalável, foram fundamentais para me dar força e coragem nos momentos desafiadores, permitindo-me concluir esta pesquisa.

Agradeço a Deus, a cada dia, pela bênção de ter vocês ao meu lado.

In Memoriam

Ao meu avô paterno, José Pedro da Silva, homem negro, simples e trabalhador, que sempre nos ensinou o valor e a importância do estudo. Sua neta será mestre, vovô!

À minha madrinha, Maria de Fátima Ovídeo de Carvalho, exemplo de resiliência e força, mulher que sempre me ensinou a aproveitar as oportunidades. E também à minha amiga e colega de profissão, Roberta Natália André, que, com sua sabedoria, alegria e dedicação, me fez gostar ainda mais do Serviço Social. A essas queridas, que nos deixaram durante a construção desta dissertação.

Aos assistentes sociais, que lutam diariamente pela efetivação do direito à saúde pública de qualidade!

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu primeiro e maior agradecimento, por me conceder inteligência, sabedoria e paciência! À Nossa Senhora, São José, São Miguel Arcanjo e São Padre Pio, pela poderosa intercessão e pelo constante cuidado ao longo de minha trajetória acadêmica. Sou grata também pela oportunidade de realizar o Mestrado, um grande sonho que está se tornando realidade! Afinal, “tudo posso naquele que me fortalece” (Filipenses 4:13).

Aos meus pais, Heloísa e Paulo, minha eterna gratidão por me darem a vida! Por abrirem mão de muitos sonhos para que eu pudesse concretizar os meus. Por me ensinarem a ter fé, por ouvirem e acolherem meu choro em cada etapa da minha jornada acadêmica, por acreditarem em mim muito mais do que eu mesma fui capaz de acreditar.

Ao meu amado esposo, Sandro, por ser meu lar, meu refúgio, meu coração e meu porto seguro. Minha pessoa favorita neste mundo. Obrigada por ter lido meu trabalho tantas vezes, pelas orações, pela compreensão, pelo apoio, pelo cuidado diário, pelas palavras de conforto e incentivo, pelos chocalatinhos surpresas, pelos lanches que me ofereceu nos momentos em que eu mal conseguia levantar para me alimentar. Amo você!

Agradeço ao meu irmão, Lucas, por cada torcida e oração. Por iluminar minha vida com seus sábios conselhos e por ser um exemplo de amor e dedicação em tudo o que faz.

Aos meus avós (in memoriam), Roque, Helena, José e Eremita, por todo o amor, sabedoria e dedicação que compartilharam comigo. Mesmo na ausência física, seus ensinamentos e carinho continuam a me guiar, e sou profundamente grata por tudo o que vivi ao lado de vocês.

Aos meus padrinhos Conceição e Milton, tios Jorge e Marisa e à minha sogra, Evani, pelas orações e pelo constante incentivo!

À Elvira, que me auxiliou no momento mais difícil da conclusão desta dissertação, por meio da acupuntura e ajudando-me a superar minhas crenças limitantes.

Às amadas e colegas de profissão, meu clã seguro nas inquietações acadêmicas: Jana; Nic; Isadora, mana querida; Joyce e Selmara, sou imensamente grata pela vida de cada uma de vocês!

Aos meus amigos de uma vida inteira: Rui, Estanieli, Fátima Peixoto, Victor Elias, Cynthia e Natália Maria, por nutrirem em mim o desejo constante de aprender sempre mais, apesar dos muitos desafios que a vida nos impõe.

Aos queridos Eduarda, Priscila Márcia e Eric, minha imensa gratidão por todas as partilhas acadêmicas (embora sejamos de áreas bem diferentes), risos e lágrimas ao longo da construção da dissertação. Vocês foram um grande presente que ganhei na vida! Vocês são minha fonte de inspiração, força e determinação!

Agradeço o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes), que foi fundamental para a realização deste trabalho.

Minha profunda gratidão à minha orientadora, Profa. Dra. Carina Berta Moljo, que me acompanhou com generosidade, coragem, profissionalismo e competência. Agradeço também pelas suas valiosas sugestões de melhoria na escrita, que foram essenciais ao longo de toda a minha trajetória. Sou imensamente grata por ter me “descoberto” há 10 anos, em uma feira de iniciação científica na UFJF, e por continuar a contribuir para o meu processo de formação desde então. Sou especialmente grata por acreditar na conclusão deste trabalho, mesmo diante de tantos desafios que surgiram no caminho.

Aos membros da banca, Profa. Dra. Marina e Profa. Dra. Antoniana, minha gratidão por compartilharem seus conhecimentos e críticas desde a graduação. Vocês são uma grande inspiração! Parafraseando o Prof. Dr. Daniel Munduruku: “o professor é uma pessoa que professa a fé no ser humano, capaz de estimular a esperança nos outros e transmitir conhecimento. O educador é mais do que isso. Ele bate os pés no chão e convoca!” Agradeço profundamente por me convocarem e pelas valiosas observações e contribuições que foram essenciais para que eu chegasse até aqui!

Agradeço imensamente às professoras Dra. Joseane Barbosa de Lima e Dra. Kátia Íris Marro, que aceitaram prontamente o convite para integrar a banca na condição de suplentes.

À minha turma de mestrado de 2021: achávamos que estávamos vivendo um surto coletivo. A aprovação havia ocorrido, mas as aulas demoraram a começar devido à pandemia. Enfim, vencemos! Agora somos mestres!!!

Aos funcionários da Faculdade de Serviço Social da UFJF e, em especial, aos do PPG/SS da UFJF, Monaliza e Paulo, que, nesta reta final, se destacaram de maneira única.

Agradeço profundamente à Supervisora de Estágio, Giselle Mara, e às Preceptoras Lesliê, Mariane, Luciane, Edyllamar e Yolanda, que foram essenciais no meu aprendizado, ensinando-me tanto o que fazer quanto o que não fazer. Cada uma de vocês deixou uma marca importante na minha jornada, e levo comigo os ensinamentos de todas em minha prática profissional. Vocês são, sem dúvida, uma grande inspiração.

À equipe multiprofissional da residência 2016. Além de colegas, vocês se tornaram grandes amigos! Um verdadeiro sonho de equipe multiprofissional. A jornada foi muito mais leve graças a vocês, e aprendi muito com cada um sobre a importância de lutarmos juntos por um sistema de saúde público e de qualidade.

Às minhas queridas amigas psicólogas, Patrícia, Aline, Amanda e Bruna, minha eterna gratidão por serem minha equipe de milhões! O quanto aprendi com cada uma de vocês é inesquecível!

Aos professores e professoras do ensino fundamental, médio, técnico e universitário, com os quais aprendi o verdadeiro significado da palavra “mestre”.

Agradeço aos usuários e usuárias do SUS, à classe trabalhadora, sujeitos aos quais também dedico minha prática profissional. São esses indivíduos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a minha formação. Por essa razão, esforço-me continuamente para me tornar uma profissional melhor, em retribuição ao que recebi ao longo desta jornada.

Enfim, sou grata a todos que se emocionaram e vibraram com a minha aprovação!

“Só o conhecimento liberta!” (José Martí).

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo analisar as práticas profissionais do(a) assistente social em contextos de alta complexidade hospitalar, identificando as demandas mais recorrentes e as respostas profissionais, verificando se essas respostas estão alinhadas com o Código de Ética Profissional e o Projeto Ético-Político (PEP). A existência de dois projetos em disputa – Reforma Sanitária versus Privatista – até e após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), evidencia a necessidade de consolidar o projeto que fortaleça os direitos sociais e contribua para o enfrentamento das diversas expressões da questão social geradas pelo sistema capitalista e suas profundas desigualdades. Com o intuito de alcançar o objetivo proposto, que é analisar o trabalho do(a) assistente social, com ênfase nas ações realizadas no âmbito da alta complexidade hospitalar, foi realizada uma revisão de literatura sobre a atuação do(a) assistente social na saúde, com foco nas ações desenvolvidas neste contexto. A pesquisa foi baseada na produção acadêmica disponível no catálogo de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), abrangendo o período de 2010 a 2023. Observamos que a literatura existente aborda mais os desafios da profissão do que, de fato, as ações realizadas para viabilizar respostas profissionais condizentes com o PEP e o Código de Ética Profissional. Além disso, observamos que o saber médico ainda é predominante nas práticas relacionadas à alta complexidade hospitalar. Constatamos também que questões como a autorização para entrada de acompanhantes, a distribuição de tickets de alimentação, a comunicação de óbitos, as transferências de pacientes e as solicitações de transporte, como ambulâncias, continuam sendo aspectos recorrentes. Esses desafios refletem a conjuntura histórica, política, econômica, cultural e conservadora na qual estamos inseridos. A atuação do(a) assistente social na política de saúde tem sido e continua sendo essencial na luta pela garantia de direitos. Nesse contexto, é fundamental que a categoria desenvolva uma prática em saúde que compreenda seu conceito ampliado, compreendendo-a para além da ausência de doença, e que esteja alinhada com o Código de Ética Profissional e o PEP.

Palavras-chave: Serviço Social; saúde; trabalho profissional; alta complexidade hospitalar.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the professional practices of social workers in highly complex hospital contexts, identifying the most recurrent demands and professional responses, verifying whether these responses are aligned with the Code of Professional Ethics and the Ethical-Political Project (PEP). The existence of two projects in dispute – Health Reform versus Privatism – until and after the creation of the Unified Health System (SUS), highlights the need to consolidate the project that strengthens social rights and contributes to confronting the different expressions of the social issue generated by the capitalist system and its profound inequalities. In order to achieve the proposed objective, which is to analyze the work of the social worker, with an emphasis on the actions carried out in the context of high complexity hospitals, a literature review was carried out on the role of the social worker in health, focusing on the actions developed in this context. The research was based on the academic production available in the catalog of theses and dissertations of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (Capes), covering the period from 2010 to 2023. We observed that the existing literature addresses more the challenges of the profession than, in fact, the actions taken to enable professional responses consistent with the PEP and the Code of Professional Ethics. Furthermore, we observed that medical knowledge is still predominant in practices related to high hospital complexity. We also found that issues such as authorization for companions to enter, distribution of food tickets, reporting of deaths, patient transfers and requests for transport, such as ambulances, continue to be recurring aspects. These challenges reflect the historical, political, economic, cultural and conservative situation in which we find ourselves. The role of social workers in health policy has been and continues to be essential in the fight to guarantee rights. In this context, it is essential that the category develops a health practice that understands its expanded concept, understanding it beyond the absence of disease, and that is aligned with the Code of Professional Ethics and the PEP.

Keywords: Social Work; health; professional work; high hospital complexity.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
Cfess	Conselho Federal de Serviço Social
Cras	Centro de Referência de Assistência Social
Cress	Conselho Regional de Serviço Social
CTI	Centro de Terapia Intensiva
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HU	Hospital Universitário
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
ONU	Organização das Nações Unidas
PEP	Projeto Ético-Político
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
Suas	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL	24
2.1	CONCEITO E CONSTITUIÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS: UMA PERSPECTIVA BRASILEIRA	25
2.2	DESENVOLVIMENTO E DESAFIOS DA SAÚDE NO BRASIL: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA	27
2.3	A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL APÓS A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM DESENVOLVIMENTO	36
2.4	A TRAJETÓRIA DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE BRASILEIRA	48
2.5	A INSERÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: PARTICULARIDADES DAS PRÁTICAS EM CONTEXTOS DE ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	54
3	O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA DAS PRÁTICAS EM CONTEXTOS DE ALTA COMPLEXIDADE	61
3.1	O CENÁRIO DAS AÇÕES DO(A) ASSISTENTE SOCIAL: O ÂMBITO HOSPITALAR	61
3.2	PANORAMA INICIAL DA PESQUISA	64
3.3	DESAFIOS E PRÁTICAS PROFISSIONAIS NA ALTA COMPLEXIDADE: UMA ANÁLISE DA METODOLOGIA DE PESQUISA	72
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
	REFERÊNCIAS	110
	APÊNDICE A – Roteiro para análise	119

1 INTRODUÇÃO

A dissertação ora apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/Mestrado em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), tem como objeto de estudo a análise do trabalho do(a) assistente social na saúde (CFESS, 1999), com ênfase nas ações realizadas no âmbito da alta complexidade hospitalar. A estratégia metodológica para examinar o objeto envolve a revisão da literatura disponível no catálogo de teses e dissertações da Capes, abrangendo o período de 2010 a 2023. Optamos por esse período por considerar que ele engloba as produções mais atualizadas até então. Nesta revisão, busco saber: qual o trabalho realizado pelos(as) assistentes sociais na alta complexidade hospitalar? Quais são as demandas mais recorrentes na atualidade? Quais demandas não são atribuições privativas do(a) assistente social? Como os(as) assistentes sociais respondem às demandas apresentadas? As respostas estão em sintonia com os documentos que norteiam a profissão?

O interesse por estudar esta temática surgiu das experiências acumuladas por esta pesquisadora ao longo da graduação em Serviço Social (2012-2016), bem como na atuação como assistente social residente na área da saúde (2016-2018) e em um serviço de saúde de alta complexidade especializado no tratamento oncológico (2019-2021). Além disso, enquanto usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), que utiliza seus serviços em quase todos os níveis de assistência, vivenciei de perto o desgastante processo de acesso à saúde, permanecendo longos períodos de espera em filas intermináveis e desumanas, com unidades e setores de saúde extremamente precários, onde o cotidiano é marcado pela falta de equipamentos, medicamentos e, principalmente, profissionais de saúde. Essa vivência me proporcionou uma visão profunda dos desafios enfrentados e a possibilidade de pensar estratégias para a luta pela saúde como um direito. Mesmo diante de tantas dificuldades, sou defensora de uma política de saúde pública que seja gratuita e de qualidade para todos(as), tendo como referência os princípios da Reforma Sanitária.

Durante a graduação, no período de 2014 a 2015, atuei como bolsista de iniciação científica em um projeto¹ que buscava analisar tanto o exercício profissional do(a) assistente social nos Centros de Referência de Assistência Social (Cras) de Juiz de Fora/MG quanto a percepção dos usuários(as) destes centros em relação ao trabalho do(a) assistente social, correlacionando o Projeto Ético-Político (PEP) e a cultura profissional. Esse projeto contribuiu para promover reflexões sobre as ações profissionais desenvolvidas pelos(as) assistentes sociais na proteção social básica e sobre as possibilidades de ir além da imediatividade e do pragmatismo presentes no cotidiano profissional. Ressalto que romper com a imediatividade e o pragmatismo é tarefa defendida no Projeto Ético-Político profissional dos(as) assistentes sociais.

Também durante a graduação, em junho de 2013, participei de um treinamento profissional², que teve como finalidade a organização dos documentos dos alunos ingressantes na UFJF que eram candidatos à bolsa estudantil, para posterior avaliação socioeconômica. Essa experiência me permitiu desenvolver diversas competências, habilidades e atitudes, além de promover reflexões que me prepararam melhor para o exercício profissional no Serviço Social.

A inserção no estágio curricular obrigatório na área da saúde no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF), no período de 2014

¹ O projeto intitulado “Serviço Social e Sistema Único de Assistência Social em Juiz de Fora: uma análise a partir dos assistentes sociais e usuários do Suas”, coordenado pela professora Dra. Carina Berta Moljo – foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Nessa pesquisa, estavam inseridos alunos do mestrado em Serviço social, bem como alunas de iniciação científica e treinamento profissional do curso de Serviço Social da UFJF. A pesquisa supracitada tinha como objetivo compreender o exercício profissional do(a) assistente social nos Centros de Referência de Assistência Social, problematizando a dimensão da cultura e a relação com o Projeto Ético-Político do Serviço Social, bem como a concepção de profissão e cultura com a qual trabalham os profissionais. Sobre o eixo analítico dos usuários, a pesquisa procurou apreender qual era o significado da política de assistência social na vida desses sujeitos-usuários e quais as principais mudanças em suas vidas a partir do Sistema Único de Assistência Social (Suas). Para atingir os objetivos propostos, foram realizados estudos teóricos a fim de buscar a compreensão de algumas categorias relevantes à pesquisa. Após essa apreensão teórica, foram realizadas em torno de 60 (sessenta) observações participantes nos respectivos Cras. A partir das análises das observações, foi construído um questionário para a realização das entrevistas em profundidade na segunda fase da pesquisa. A escolha da entrevista por meio dos questionários deveu-se à possibilidade de maior aproximação com a realidade vivenciada pelos(as) assistentes sociais e pelos usuários da política de assistência social, proporcionando mais elementos para a análise.

² O projeto denominado “Processo Seletivo Apoio Estudantil”, coordenado por Maria Elizabete de Oliveira, que era a Pró-reitora de Assuntos Acadêmicos da UFJF na época.

a 2016, foi um período de grande aprendizado e contribuiu significativamente para o meu processo de formação profissional e para a compreensão da relação entre teoria e prática. Durante essa experiência, tive três supervisoras: uma acadêmica, em todo o período do estágio; e duas de campo, em períodos diferentes. Esse contexto proporcionou um aumento de meu anseio quanto à reflexão dos limites e possibilidades encontrados no cotidiano profissional, pensando para além da imediatividade e compreendendo que o trabalho do(a) assistente social não se baseava somente em encaminhamentos – o que reduziria o fazer profissional à sua dimensão técnico-instrumental (Santos *et al.*, 2013) –, mas também nas discussões e reflexões após os atendimentos nos leitos.

No estágio, também pude me apropriar dos instrumentos e técnicas, como as fichas de abordagem social e relatórios, além de elaborar estratégias e técnicas de intervenção profissional que auxiliassem a equipe na obtenção de informações sociais dos usuários. Além disso, realizei reflexões sobre o sigilo profissional e compreendi a importância da análise institucional e conjuntural, o que me permitiu propor intervenções.

Embora alguns casos eram semelhantes, a análise feita frente às situações possibilitou uma suspensão do cotidiano e, conseqüentemente, uma melhor intervenção, pois essa “interrupção” cotidiana nos permitia pensar sobre o fato e retornar a ele com novas perspectivas ou mudanças. Cabe destacar que as análises e avaliações do Serviço Social aconteciam de forma individual e coletiva. As discussões de caso com as supervisoras de campo e acadêmica, as oficinas de estágio e as reuniões de equipe também contribuía para repensar as dimensões da profissão e o Projeto Ético-Político.

Participei também de um projeto de extensão sobre a saúde da mulher, realizado no Hospital Universitário da UFJF entre 2014 e 2016. Esse projeto subsidiou a escolha do tema desta pesquisa, uma vez que as atividades desenvolvidas possibilitavam uma aproximação com a dimensão socioeducativa e ética da profissão. Essas atividades eram voltadas para a educação e promoção à saúde e abordavam temáticas que tinham a finalidade de propiciar um processo de análise crítica e reflexiva entre as usuárias da enfermaria Medicina de Mulheres do hospital, seus acompanhantes e demais ouvintes.

O projeto proporcionava um espaço dinâmico, democrático e construtivo, pois buscava transmitir informações de forma simples, clara e objetiva, sem as tradicionais palestras. O objetivo era ouvir as diversas opiniões e perspectivas, sempre respeitando a cultura, a ideologia, a religião e as particularidades de cada uma, promovendo assim uma construção coletiva. A relação estabelecida entre profissionais e usuários era marcada pela proximidade e confiança, favorecendo a produção de conhecimento e promovendo mudanças mútuas por meio da contribuição de todos. Cabe destacar que esse projeto era composto por alunos de outras áreas, como medicina, enfermagem e psicologia, o que estimulou a prática profissional interdisciplinar (CFESS, 1993).

Além disso, participei de simpósios, seminários e congressos, experiências que aguçaram ainda mais o desejo de pesquisar sobre o trabalho do(a) assistente social na saúde, enfatizando as ações realizadas na alta complexidade.

Como residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto com Ênfase em Doenças Crônico-Degenerativas do HU/UFJF, no período de 2016 a 2018, pude aprofundar e vivenciar na prática os desafios e as possibilidades da profissão. Essa experiência contribuiu para minha reflexão sobre o papel do(a) assistente social como um dos profissionais que atuam nos determinantes sociais da saúde, que incluem fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, socioambientais, psicológicos e comportamentais. Esses elementos influenciam a ocorrência de problemas de saúde, seus fatores de risco na população, o processo de saúde-doença, bem como todos os aspectos que interferem no tratamento, recuperação e cura.

Outro ganho proporcionado por essa experiência foi a possibilidade de materialização do novo, ou seja, a possibilidade de construção coletiva e a realização, em maio de 2017, do primeiro simpósio sobre a profissão no hospital, intitulado “I Simpósio de Serviço Social do HU/UFJF: História, Cotidiano, Formação e o Trabalho Multiprofissional na Saúde”. Além disso, foi possível desenvolver estratégias para a inserção do Serviço Social em reuniões multiprofissionais, que antes não eram contínuas; intensificar a realização de salas de espera e ações de educação em saúde

nos leitos do hospital, práticas que já existiam, mas de forma infrequente; e fomentar de discussões multiprofissionais com a inserção do Serviço Social³.

Ainda durante a residência, em setembro de 2016, participei do Encontro de Residência Multiprofissional em Saúde, denominado “I Seminário Nacional sobre Residência em Saúde e Serviço Social”, realizado pelo Conselho Federal de Serviço Social (Cfess) em parceria com a Abepss. Na mesma semana, também participei do 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (Cbas), em Olinda/PE.

Em 2016, integrei a comissão de trabalho e formação profissional do Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais (Cress/MG), na seccional de Juiz de Fora. Essa experiência potencializou minha escolha em discutir essa temática, tendo em vista o aprendizado adquirido nas reuniões e a possibilidade de contribuir para a produção do conhecimento por meio das rodas de conversa e das trocas coletivas. Nessas atividades, refletimos sobre as estratégias de atuação e formação profissional, além do exercício da autonomia resguardando as atribuições da profissão e da construção coletiva e política com os nossos pares e com trabalhadores de outras profissões.

Entre 2017 e 2019-2020, fui supervisora de estágio, experiência que me permitiu pensar, ainda mais, e agir sobre a prática profissional, sobre as dimensões da profissão e sobre a relação com os(as) usuários(as), a instituição empregadora e a universidade. Além disso, tive a oportunidade de contribuir para o desenvolvimento profissional de alunos da graduação e de profissionais de outras categorias, concorrer para uma formação profissional de qualidade, pensar sobre os casos complexos e propor soluções em conjunto, além de estimular a participação social nos espaços de direito, entre outras iniciativas.

³ Durante um dos eixos de norteadores da residência multiprofissional, participei semanalmente das discussões de casos do Centro de Terapia Intensiva (CTI). A dinâmica da reunião era a seguinte: inicialmente, havia a leitura e apresentação de um artigo sobre um caso relevante do setor, seguida das discussões sobre os casos dos pacientes internados. O médico e professor responsável pelo setor informou que todos os residentes apresentariam um artigo relacionado à sua área e que haveria um sorteio para determinar a ordem das apresentações. Ao final da reunião, perguntei ao professor quando ocorreria o sorteio, para que eu pudesse me preparar. Ele então perguntou de qual curso eu era. Respondi que era do curso de Serviço Social. Em seguida, ele me informou que eu não apresentaria, pois a minha contribuição profissional não era considerada relevante para a discussão dos casos de saúde.

No período de 2017 a 2019, participei do Grupo de Estudos e Pesquisa dos Fundamentos do Serviço Social (GEPEFSS) da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, em que desenvolvi atividades referentes ao Grupo de Estudos e a Pesquisa “Residência Multiprofissional e Serviço Social: mapeamento teórico e político-pedagógico”. As reflexões promovidas nesse grupo foram fundamentais para a escolha do tema deste projeto, especialmente no que diz respeito às ações profissionais desenvolvidas pelos assistentes sociais na condição de tutores, preceptores e residentes. Além disso, o grupo possibilitou trocas coletivas sobre experiências profissionais e culminou na publicação de vários artigos, incluindo “Tutoria e Preceptoria de Residência Multiprofissional em Saúde: análises do Serviço Social” (Caputo; Silva; Tristão, 2019), do qual sou uma das autoras.

Atuar como assistente social em uma instituição de saúde de nível terciário no município de Juiz de Fora, no período de 2019 a 2021, revigorou o meu desejo de compreender melhor o papel profissional diante das contradições entre capital e trabalho. Nesse hospital, as demandas mais recorrentes do empregador e das outras categorias profissionais direcionadas ao assistente social incluíam: impedir que os(as) usuários(as) permanecessem na recepção do hospital aguardando consulta⁴; não permitir que os(as) usuários(as) se alimentassem na recepção⁵; desencorajar o contato dos(as) usuários(as) com a ouvidoria de saúde; e estimular o voluntariado para aquisição de fraldas geriátricas, itens de higiene pessoal, roupas e cadeiras reclináveis, já que, na ausência desses recursos, os acompanhantes precisavam dormir em cadeiras plásticas ou no chão. Além disso, eram solicitadas providências como a requisição de ambulância para remoção de alta ou traslado a outro hospital

⁴ As recepcionistas receberam a orientação de agendar todos os(as) usuários(as) para o mesmo horário de atendimento. Vinham pessoas de diversos municípios da região, entre eles idosos e crianças. Havia uma instituição, sem fins lucrativos, ao lado do hospital, que fazia o acolhimento destas pessoas durante o tratamento oncológico, com oferta de alimentos, pernoite e banho. Esta não recebia nenhuma contribuição do hospital, para onde o empregador solicitava sempre o envio dos pacientes, enquanto estes aguardavam as consultas, mas, na maioria das vezes, os(as) usuários(as) tinham medo de perder o atendimento e acabavam permanecendo na recepção o hospital, ocasionando uma superlotação.

⁵ No hospital, não havia cantina, e muitos usuários(as) hesitavam em se dirigir à instituição ao lado para se alimentar, temendo por perder o atendimento ou por questões pessoais. Fui chamada pela gestão, após o gestor presenciar um idoso se alimentando na recepção. Ele me disse que eu não deveria permitir que isso acontecesse, afirmando que era “minha função” evitar essas situações no hospital. Ele ainda alertou que, caso isso ocorresse novamente, eu estaria fora do quadro de funcionários.

para realização de exames; a emissão de declaração de comparecimento às consultas médicas; a comunicação com familiares sobre atrasos ou suspensão de visitas no CTI devido a intercorrências no setor; e o levantamento quantitativo mensal das atividades realizadas pelo Serviço Social, entre outras atribuições.

Durante a pandemia de covid-19, fui acionada para solicitar aos(às) acompanhantes que se retirassem dos leitos, a fim de evitar novas contaminações⁶. Essas demandas direcionadas ao Serviço Social aguçaram o meu desejo de estudar, refletir e compreender os retrocessos que essa área profissional tem enfrentado. Essas questões se relacionam diretamente com o que Raichelis (2011, p. 422) menciona sobre a submissão a relações e condições de trabalho cada vez mais precárias, a desregulamentação de direitos sociais e trabalhistas, precárias formas de contratação, insegurança no emprego, intensificação do trabalho, aviltamento dos salários, pressão pelo aumento da produtividade e de resultados imediatos e a falta de perspectivas de progressão e ascensão na carreira, entre outros fatores.

Apesar desses desafios, considero positiva, durante meu período de trabalho nesse hospital, a minha participação nas reuniões semanais de discussão de casos com médicos, médicos residentes, psicólogas e nutricionista. Na oportunidade, criei um folder explicativo com informações sobre o trabalho do assistente social no hospital e pude apresentá-lo em uma das reuniões, além de distribuí-lo aos usuários(as). Essa ação possibilitou que os profissionais conhecessem melhor o trabalho do(a) assistente social, reduzindo consideravelmente as demandas equivocadas. Além disso, promoveu uma melhor aproximação com a equipe multidisciplinar e contribuiu para o atendimento das demandas dos(as) usuários(as) e da gestão.

Outro avanço importante foi a criação de um instrumento baseado no documento “Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde” (CFESS, 2010), que mostrava para a gestão o quantitativo de atividades realizadas mensalmente pelo

⁶ Nesse dia, recusei-me a realizar tal ação, pois compreendo que é um direito do(a) usuário(a) ter um(a) acompanhante, principalmente quando se trata de crianças ou idosos, conforme estabelecido, respectivamente, pela Lei nº 8.069/1990, art.12, e pela Lei nº 10.741/2003, art. 16. Além disso, estávamos enfrentando uma escassez de funcionários, pois muitos estavam infectados pela covid-19. Expliquei minha conduta e citei as leis que fundamentaram minha decisão. A fala do profissional de outra categoria foi: “agora acabou o direito. Estamos em uma pandemia! Só os pacientes deverão permanecer”. Na semana seguinte, recebi uma advertência verbal da funcionária dos Recursos Humanos do hospital por ter me “recusado” a colaborar com o profissional na ação de retirada dos acompanhantes.

Serviço Social. Esse instrumento serviu para sistematizar o serviço e propor novas ações.

Em 2019, tornei-me Conselheira Municipal de Saúde, representando o Cress - Seccional Juiz de Fora. Em 2021, participei da Conferência Municipal de Saúde, que ocorreu de forma remota com o tema “Defender o SUS é defender a vida”. Nessa ocasião, fui responsável pela mediação da mesa com o tema “Atenção à Saúde”.

Diante disso, compreendi a importância de o(a) assistente social dominar sua profissão, apropriando-se do arsenal teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, além de desenvolver a capacidade de análise de conjuntura. Nesse espaço de contradições, é essencial que o profissional compreenda sua autonomia relativa, a fim de responder criticamente e com qualidade às demandas dos(as) usuários(as), do empregador e dos profissionais de saúde. Mesmo diante de requisições que não são da área do Serviço Social, é fundamental ter conhecimento do saber técnico profissional, pois, até para negá-las, é necessário fazê-lo com embasamento.

O Serviço Social é acionado várias vezes por demandas que não correspondem ao trabalho profissional. Nesse contexto, o(a) assistente social, muitas vezes, é visto como aquele profissional que “ajuda”, e não como aquele(a) que viabiliza o direito do(a) usuário(a) no seu processo de saúde-doença-recuperação-cura-morte. Concordo com Vasconcelos (2009, p. 256) ao afirmar que, mais do que boa vontade, é necessário que o(a) assistente social realize uma análise da realidade para entender como a lógica do capitalismo se reflete nas relações sociais e na vida dos(as) usuários(as) atendidos(as) diariamente.

Em 2022, tive a oportunidade de realizar o estágio de docência na disciplina de Fundamentos Teórico-Metodológicos do Serviço Social II, ministrada pela Profa. Dra. Carina Berta Moljo, do Departamento de Fundamentos do Serviço Social. Essa disciplina foi ofertada aos alunos do terceiro período da graduação em Serviço Social, e as aulas ocorreram nas sextas-feiras no período da manhã (8h às 12h).

Essa experiência deu-me a oportunidade de fortalecer os conhecimentos adquiridos ao longo da minha formação acadêmica por meio do repasse de informações aos alunos de graduação. Além disso, permitiu-me treinar as metodologias e práticas de ensino aplicadas em salas de aula, garantindo a exposição de conceitos claros, objetivos e eficazes. Dessa forma, foi possível desenvolver habilidades dinâmicas no processo prático-pedagógico, aproximando os(as)

acadêmicos da realidade de sua área de formação e auxiliando-os na compreensão das diferentes teorias que regem o exercício profissional.

Durante o estágio de docência, também propus a confecção do artigo “Relato de experiência sobre a monitoria e o estágio de docência em Serviço Social durante o ensino remoto emergencial”, que foi construído coletivamente. O artigo foi aprovado e exposto no XVII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, realizado entre os dias 11 a 13 de outubro de 2022.

Julgo relevante estudar esta temática, pois o trabalho profissional do(a) assistente social na alta complexidade na área da saúde, assim como em todos os espaços sócio-ocupacionais, está sujeito a constantes transformações que demandam estudo e respostas profissionais qualificadas para enfrentá-las. É importante observar também se as respostas profissionais estão em consonância com os valores ético-políticos expressos em leis, códigos e documentos que norteiam a profissão, bem como com a defesa das políticas públicas de saúde, com foco na garantia dos direitos sociais e no fortalecimento da participação social.

Dessa forma, minha trajetória em projetos de iniciação científica e de extensão, treinamento profissional, estágio curricular obrigatório, participação em eventos da categoria, residência multiprofissional, inserção na comissão de trabalho e formação do Cress, supervisão de estágio, participação em grupos de estudos, atuação profissional em um serviço de saúde de alta complexidade especializado no tratamento de oncologia e estágio de docência propiciou indagações acerca das possibilidades de ação, levando à escolha do tema da dissertação: “o exercício profissional do(a) assistente social na saúde: uma revisão de literatura das práticas em contextos de alta complexidade”.

Portanto, a pesquisa tem como objetivo geral analisar a literatura produzida no âmbito do Serviço Social, priorizando o catálogo de teses e dissertações da Capes, no período de 2010 a 2023, que versam sobre o trabalho do(a) assistente social na saúde, com ênfase nas ações e no trabalho profissional realizados na alta complexidade na área da saúde. Para atingir o objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos: conhecer o estágio atual da produção de conhecimento sobre o trabalho do(a) assistente social na alta complexidade hospitalar; identificar quais são as demandas mais recorrentes e as respostas

profissionais; e verificar se as respostas profissionais estão em sintonia com o Código de Ética Profissional e o Projeto Ético-Político.

A revisão teórica foi embasada em autores que abordam e problematizam temas como política de saúde, o papel do assistente social na política de saúde, os limites e possibilidades da atuação profissional na área da saúde e as potencialidades das três dimensões da profissão: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

Para isso, foram considerados os estudos de Bravo (2009, 2011, 2013), Behring (2009), Behring e Boschetti (2011), Iamamoto (2015), Matos (2009, 2013), Netto (2011, 2014), Santos (2013), Soares (2010, 2024), Vasconcelos (2012), entre outros autores relevantes.

Além disso, foram utilizados os principais documentos e legislações que norteiam a profissão, quais sejam: Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Saúde (CFESS, 2010), lei de regulamentação da profissão – Lei nº 8.662/1993 (Brasil, 1993), Código de Ética (CFESS, 1993), Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (Brasil, 2013), Política Nacional de Humanização, entre outros.

Para a realização do levantamento no catálogo de teses e dissertações da Capes, foram definidas as seguintes palavras-chave: “serviço social”, “saúde” e “trabalho profissional”. Com base nessas expressões, foi realizada a busca no catálogo, delimitando o período de pesquisa entre 2010 e 2023, conforme indicado na Tabela 1, página 65.

Em seguida, foi realizada a leitura dos resumos das teses e dissertações que continham pelo menos uma das três palavras-chave definidas. Esses resumos foram avaliados com a finalidade de verificar se abordavam o trabalho do assistente social na alta complexidade hospitalar em saúde. As pesquisas que não abordavam o trabalho do(a) assistente social foram descartadas, como indicado na Tabela 2, página 66.

Ressalto que, após a qualificação e seguindo a sugestão da banca, compreendemos a importância de delimitar ainda mais a escolha dos textos, focando especificamente no âmbito hospitalar. Dessa forma, foram descartadas as pesquisas que tratavam do trabalho do(a) assistente social na saúde em contextos distintos do hospitalar, que é o foco deste estudo, conforme apresentado Tabela 3, página 67. No total, foram analisados 13 trabalhos, sendo 11 dissertações e 2 teses. Inicialmente,

seriam 3 teses, porém uma delas não estava disponível no repositório institucional da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista, impossibilitando sua inclusão na análise.

Com o material coletado, construímos um roteiro (Apêndice A), que desempenhou um papel crucial na sistematização e na análise detalhada das respostas, com ênfase na compreensão do trabalho do(a) assistente social na saúde, especialmente na alta complexidade hospitalar. Esse roteiro, que representa o desdobramento dos objetivos a que nos propusemos alcançar, foi fundamental para guiar nossa análise. A partir dele, pudemos identificar as demandas mais recorrentes nos trabalhos e, além disso, buscar compreender se as respostas dos(as) profissionais estavam alinhadas ao Projeto Ético-Político expressado nos documentos normativos.

Esta pesquisa tem a finalidade de aprofundar o conhecimento sobre o trabalho profissional do(a) assistente social na alta complexidade hospitalar e contribuir para uma compreensão mais abrangente das práticas e desafios enfrentados nessa área. O estado da arte foi realizado no intuito de subsidiar as nossas reflexões e a construção de novas formulações no decorrer da dissertação.

O estudo está estruturado em quatro capítulos. O Capítulo 1 corresponde a esta introdução. O Capítulo 2 discute o histórico da saúde no Brasil e o trabalho do(a) assistente social no SUS. No Capítulo 3, são apresentadas as análises das teses e dissertações identificadas na revisão bibliográfica e selecionadas para a pesquisa. Por fim, o Capítulo 4 traz as considerações finais, com reflexões e conclusões que buscam contribuir para uma compreensão crítica do tema.

Com esta pesquisa, espero ampliar a compreensão sobre o trabalho do(a) assistente social na saúde, com ênfase nas ações realizadas no âmbito da alta complexidade hospitalar, contribuindo para a qualificação da formação dos assistentes sociais na saúde. Além disso, desejo que a pesquisa seja reconhecida pela comunidade acadêmica, promovendo um processo de crescimento intelectual e profissional, gerando novas reflexões e fortalecendo o papel do(a) assistente social na atuação em contextos de alta complexidade na saúde.

2 HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

Neste segundo capítulo, abordaremos o conceito de política social, sua constituição e origem no Brasil. Em seguida, discutiremos a trajetória da saúde no país, com ênfase na institucionalização do Sistema Único de Saúde, fruto das lutas da Reforma Sanitária, além de analisar a atuação dos(as) assistentes sociais na política de saúde.

Conforme mencionado na introdução desta dissertação, nosso objetivo é compreender o trabalho do(a) assistente social na saúde, com foco em suas ações e intervenções na alta complexidade hospitalar, além de examinar o conceito de política social, com ênfase na política de saúde e seu desenvolvimento histórico no Brasil.

Para tanto, o capítulo está estruturado da seguinte forma: inicialmente, discutiremos o desenvolvimento histórico da saúde no Brasil. Em seguida, abordaremos a política de saúde no país após a promulgação da Constituição Federal de 1988. Posteriormente, analisaremos a trajetória da atuação profissional do Serviço Social na saúde brasileira e as particularidades das práticas em contextos de alta complexidade hospitalar.

É importante ressaltar que, ao longo de sua história, o Brasil foi marcado por diferentes concepções de saúde, resultantes das interações entre o Estado e a sociedade. Bravo (2009) categoriza o período dessas transformações como assistencialista, previdenciário e universalista.

Neste capítulo, analisaremos cada um desses períodos. No período assistencialista, observaremos que a intervenção estatal nas expressões da questão social era ausente, e a saúde não era considerada um direito (Brasil, 1988). No período previdencialista, identificaremos os primeiros indícios da saúde como direito, destacando-se campanhas sanitárias e a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923.

Por último, no período universalista, veremos a concepção ampliada de saúde como direito universal e dever do Estado, princípios plenamente incorporados na Constituição Federal de 1988. Essa Constituição instituiu a Seguridade Social, com seus pilares na saúde, assistência social e previdência social. Contudo, desde a ascensão do neoliberalismo no Brasil, esses direitos têm enfrentado sérios desafios,

resultando na mercantilização do direito à saúde, como será abordado ao longo desta dissertação.

2.1 CONCEITO E CONSTITUIÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS: UMA PERSPECTIVA BRASILEIRA

Antes de analisarmos a política de saúde no Brasil, seu desenvolvimento e desafios, é importante entender o conceito de políticas sociais, sua constituição e seu surgimento no país.

As políticas sociais emergiram da confluência de diversos fatores históricos, como o avanço do capitalismo impulsionado pela Revolução Industrial, as lutas de classes e o crescimento da intervenção estatal (Behring; Boschetti, 2011). Elas começaram a se delinear na transição do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista, especialmente em sua fase tardia, após a Segunda Guerra Mundial (pós-1945), quando o capitalismo se industrializou e passou-se a produzir em maior escala. Nesse contexto, o capital teve a oportunidade de se aliar ao Estado para implementar políticas sociais. O Estado, por sua vez, pode ser entendido como um conjunto de instituições políticas e administrativas que organiza a vida de um povo ou nação.

De acordo com a tradição marxista, as políticas sociais são resultado do processo de conquista da classe trabalhadora e da concessão do Estado, que atua como mediador dos conflitos e das desigualdades sociais entre as classes. Dessa forma, essas políticas devem ser analisadas a partir da mediação contraditória entre Estado e sociedade, refletindo os interesses antagônicos das diferentes classes sociais. Por isso, as políticas sociais precisam ser avaliadas em função de seus determinantes históricos, econômicos, políticos, culturais e sociais.

Behring (2009, p. 315-316) explica que

as políticas sociais são concessões/conquistas mais ou menos elásticas, a depender da correlação de forças na luta política entre os interesses das classes sociais e seus segmentos envolvidos na questão. No período de expansão, a margem de negociação se amplia, na recessão, ela se restringe. Portanto, os ciclos econômicos, que não se definem por qualquer movimento natural da economia, mas pela interação de um conjunto de decisões ético-políticas e econômicas de homens de carne e osso, balizam as possibilidades e limites da política social.

Podemos considerar que as políticas sociais são instrumentos de garantia do modo de produção capitalista, e isso significa que, ao longo da história, elas serviram e servem para a superação de crises econômicas e atendem minimamente às necessidades da classe trabalhadora (Oliveira, 2018, p. 232). No entanto, elas também são um produto da classe trabalhadora.

No Brasil, o surgimento da política social não se deu no mesmo momento histórico dos países do capitalismo central. No século XIX, durante o período escravista, não houve uma intensificação das lutas operárias nem o fortalecimento de uma classe trabalhadora organizada, com partidos e sindicatos consistentes. A questão social, já presente em um país de natureza capitalista marcado pela pobreza e desigualdade – especialmente após a abolição da escravidão no Brasil, em 1888, e as dificuldades de inserção dos ex-escravizados no mercado de trabalho –, só se tornou um tema político relevante a partir da primeira década do século XX, com as primeiras mobilizações operárias e as primeiras iniciativas legislativas voltadas para as condições de trabalho (Behring; Boschetti, 2011, p. 78).

É relevante observar que a criação dos direitos sociais no Brasil resulta da luta de classes e reflete a correlação de forças vigente em cada contexto histórico. De um lado, os direitos sociais, especialmente os trabalhistas e previdenciários, são fruto das reivindicações dos movimentos e manifestações da classe trabalhadora. De outro, eles também representam uma tentativa das classes dominantes de obter legitimidade, especialmente em momentos de restrição de direitos políticos e civis – como evidenciado pela expansão das políticas sociais durante os períodos de ditadura (1937-1945 e 1964-1984) –, quando essas políticas foram estabelecidas mais como uma forma de tutela ou favor. Um exemplo simbólico desse processo é a figura de Vargas como “pai dos pobres” nos anos 1930. A distância entre a formalização dos direitos em lei e sua efetiva implementação persiste até os dias atuais. Além disso, há uma forte instabilidade dos direitos sociais, o que reflete sua fragilidade, marcada por uma constante instabilidade institucional e política, dificultando a criação de pactos duradouros e a consagração de direitos inalienáveis (Behring; Boschetti, 2011, p. 79).

Posto isso, salientamos que a política social está intimamente ligada à luta de classes. No Brasil, o trabalho, embora tenha vivenciado momentos de radicalização, foi historicamente marcado pelo legado do escravismo, pela informalidade e pela fragmentação ou cooptação. Ademais, as classes dominantes nunca se

comprometeram de forma plena com princípios democráticos e redistributivos. Esse contexto configura um cenário complexo para as lutas em defesa dos direitos de cidadania, especialmente no que diz respeito à construção da política social (Behring; Boschetti, 2011, p. 79).

2.2 DESENVOLVIMENTO E DESAFIOS DA SAÚDE NO BRASIL: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA

A história da saúde no Brasil começa a se manifestar a partir do período colonial, quando o país era uma sociedade predominantemente rural, voltada para a exportação agrícola e mineral. O sistema político da colônia era dominado pelos grandes latifundiários e sustentado economicamente por um regime escravagista (Bravo, 2013).

As condições de saúde eram marcadas por doenças e pestilências, como varíola e febre amarela. A organização dos serviços de saúde era precária, com a maior parte dos serviços concentrados no Rio de Janeiro. A prática médica da época era predominantemente baseada em conhecimentos tradicionais, ainda distantes dos avanços científicos (Bravo, 2013). A população geralmente recorria a curandeiros e práticas similares, que eram os únicos conhecedores do poder das plantas medicinais brasileiras da época.

Bravo (2013) destaca que a questão de saúde, nessa época, não estava diretamente ligada aos médicos, pois não havia educação superior no país. Os médicos portugueses que vieram ao Brasil atuavam mais como consultores do poder público, com a função de dar suporte às decisões governamentais, sem necessariamente promover mudanças significativas na atenção à saúde.

O acesso aos tratamentos era desigual e condicionado pela classe social. Os pobres e os escravos eram os mais afetados e recebiam menos cuidados, enquanto os nobres e colonos brancos tinham acesso a atendimento médico e a remédios da época, o que aumentava suas chances de sobrevivência (Silva, 2024a).

Para a maior parte da população, a principal referência em saúde eram as Santas Casas de Misericórdia (Silva, 2024b), hospitais fundados por religiosos. No entanto, essas instituições frequentemente enfrentavam a escassez de recursos e a falta de medicamentos adequados para o tratamento das doenças

Após a Independência do Brasil, em 1822, foram implementadas reformas significativas para melhorar a saúde pública. Entre as principais medidas, destacam-se a criação das instituições para monitorar a higiene pública e organizar as funções dos profissionais de saúde, além da fundação das Faculdades de Medicina em Salvador e no Rio de Janeiro, cidades portuárias que recebiam um grande número de navios e escravos (Pôrto, 2006). No entanto, essas medidas foram insuficientes, e, ao final do período imperial, as condições de saúde haviam piorado significativamente.

Durante o primeiro período republicano (1889-1930), surgiram novas possibilidades de intervenção na saúde. Após a abolição da escravatura, em 1888⁷, o Brasil optou por utilizar a mão de obra imigrante nas lavouras e fábricas, em vez de recorrer à mão de obra dos negros recém-libertados. A sociedade capitalista exigia um novo perfil de indivíduo e de população, o que levou a mudanças na prática médica, mesmo antes das grandes transformações industriais (Bravo, 2013). No entanto, a má reputação do Brasil, associada a uma imagem de insalubridade, dificultava a chegada de novos trabalhadores.

Entre 1900 e 1920, o Brasil vivenciou importantes transformações urbanas e sanitárias, especialmente nas grandes cidades, nas áreas portuárias e, em particular, no Rio de Janeiro, que era a capital da República na época. Apesar desses avanços, o país ainda lutava contra problemas sanitários e epidemias (Demuner Teixeira, 2020). Diversas propostas para melhorar a saúde foram sugeridas, mas frequentemente não atendiam aos interesses políticos e econômicos. Ainda assim, o desenvolvimento nacional estava intrinsecamente ligado à necessidade de uma população saudável e produtiva.

Durante esse período, os sanitaristas⁸ desempenharam um papel crucial ao implementar campanhas de saúde. Entre os principais nomes, destaca-se o médico

⁷ A abolição da escravatura no Brasil aconteceu em 13 de maio de 1888, e ratificou a extinção do trabalho escravo dos negros no Brasil. O fim do uso da mão de obra escrava em nosso país foi o resultado de um processo de luta popular, que contou com a adesão de parcelas consideráveis da sociedade brasileira, além de ter sido marcada pela resistência dos escravos. O Brasil foi o último país das Américas a abolir com a escravidão (Queiroz, 2021, p. 52).

⁸ Segundo o Ministério do Trabalho, as atribuições do sanitarista incluem planejar, coordenar e avaliar ações de saúde; definir estratégias para unidades e/ou programas de saúde; coordenar interfaces com entidades sociais e profissionais. São atribuídas ainda ao sanitarista atividades das áreas de epidemiologia, ciências sociais e políticas públicas de vigilância sanitária. Na prática, sanitaristas fazem levantamentos de dados de saúde,

sanitarista Oswaldo Cruz, que conseguiu reorganizar os serviços sanitários e conferiu à Diretoria Geral de Saúde Pública diversas responsabilidades. Essas medidas fortaleceram o papel do governo federal na área da saúde, com o objetivo de proteger a economia, preservar a mão de obra e proteger a classe dominante das epidemias que a afetavam (Bravo, 2013).

A década de 1920 é frequentemente analisada como um período de crise e questionamento na sociedade brasileira, caracterizado pelo colapso do modelo agroexportador, pela decadência das oligarquias políticas e pelo enfraquecimento do Estado que as sustentava (Bravo, 2013).

Nesse cenário, o Estado brasileiro foi forçado a abandonar suas práticas liberais. O movimento operário, cada vez mais influente, criticava a falta de intervenção estatal e via emergir no Congresso alguns parlamentares mais atentos à questão social. A corrente anarcossindicalista também pressionava o Estado, embora suas demandas fossem mais amplas e abrangentes (Bravo, 2013).

A questão social, antes tratada como “caso de polícia” e gerida pelos mecanismos repressivos do Estado, começou a receber uma nova abordagem. Governantes e elites perceberam que a repressão, por si só, não era suficiente para lidar com os problemas gerados pelas classes trabalhadoras. Tornou-se necessário atender a algumas das demandas legítimas do movimento operário, desde que estas não ameaçassem a dominação das oligarquias. Esse posicionamento gerava uma divergência com a burguesia industrial emergente, que questionava a intervenção estatal (Bravo, 2013).

A saúde pública tornou-se cada vez mais relevante e passou ganhar maior atenção no discurso do poder à medida que a questão social ganhava destaque. A Reforma Carlos Chagas, de 1923, buscou ampliar a responsabilidade do governo federal na área da saúde como uma das estratégias para fortalecer o poder nacional em meio à crise política que se intensificava com os movimentos tenentistas desde 1922. A reforma instituiu o Departamento Nacional de Saúde Pública e definiu várias atribuições para o governo federal, incluindo o saneamento rural e urbano, a propaganda sanitária, a promoção da higiene infantil, industrial e profissional, a

diagnósticos e vistorias, planejamento de políticas públicas, informes e boletins. Podem atuar em ouvidorias, educação popular e comunicação, promoção e informação em saúde. Por isso, o sanitário é fundamental para o SUS, contribuindo para sua consolidação e seu desenvolvimento (Observatório História & Saúde, 2022).

supervisão e fiscalização das condições sanitárias, a saúde dos portos do Distrito Federal e o combate às endemias rurais (Bravo, 2013).

Durante esse período, também foram abordadas questões relacionadas à higiene e à saúde dos trabalhadores, e algumas medidas fundamentais foram adotadas, as quais, mais tarde, formaram a base do sistema previdenciário brasileiro. A medida mais significativa desse período foi a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões em 1923, instituídas pela Lei Elói Chaves. Essas CAPs eram financiadas pela União, pelos empregadores e pelos empregados e organizadas de forma que apenas grandes empresas podiam mantê-las. O presidente de cada CAP era nomeado pelo presidente da República, e a administração contava com a participação paritária de patrões e empregados. Os benefícios oferecidos eram proporcionais às contribuições e incluíam assistência médico-curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para dependentes e auxílio-funeral (Bravo, 2009).

Os trabalhadores vinculados ao setor urbano do complexo exportador foram os mais combativos politicamente e que primeiro lutaram pela organização das Caixas em suas empresas: os ferroviários em 1923, os estivadores e os marítimos em 1926. Os demais só conseguiram após 1930 (Bravo, 2013, p. 122).

Durante esse período, os benefícios previdenciários estavam restritos apenas aos trabalhadores das grandes empresas e aos associados das Caixas de Aposentadoria e Pensões das categorias específicas mencionadas anteriormente. A maioria dos assalariados estava excluída desses benefícios e tinha que recorrer a serviços filantrópicos e públicos inadequados, a profissionais liberais ou a métodos de medicina popular para obter assistência médica (Bravo, 2013).

As mudanças na sociedade brasileira a partir da década de 1930, evidenciadas pelo processo de industrialização, pela redefinição do papel do Estado e pelo surgimento de políticas sociais em resposta às demandas dos trabalhadores, levaram o então presidente Getúlio Vargas⁹ a expandir as CAPs para outras categorias

⁹ “Getúlio Vargas governou o Brasil por quatro períodos distintos (1930-1934, 1934-1937, 1937-1945 e 1950-1954). Sua primeira administração, conhecida como governo provisório, encontrou Vargas recentemente empossado por uma revolução/golpe, lutando para construir um novo modelo de relações trabalhistas. A imagem de Vargas durante o segundo período, seu governo constitucional de 1934-1937, está associada à sua experiência

profissionais. Com o aumento da pressão popular, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que beneficiaram principalmente marinheiros, bancários, comerciários e industriários (Bravo, 2009).

Os IAPs foram instituídos como autarquias, o que conferiu ao Estado um controle mais direto, ao contrário das CAPs, que funcionavam como sociedades civis com maior autonomia em relação ao governo. Os benefícios passaram a ser uniformizados nacionalmente para cada categoria profissional, ajustando-se às diferenças salariais regionais (Bravo, 2009).

A relação entre sindicatos e o sistema previdenciário se estreitou, o que levou ao surgimento do clientelismo na administração e da manipulação de verbas e empregos, apoiando estruturas populistas. Nas CAPs, os representantes dos trabalhadores eram eleitos diretamente, enquanto nos IAPs essa escolha passou a ser feita pelos sindicatos (Bravo, 2009).

Embora a gestão das CAPs fosse tripartite, nos IAPs a estrutura era apenas formal. O presidente desses institutos era nomeado pelo Presidente da República, e o Conselho Administrativo, composto por representantes de empregados e empregadores, atuava como assessor do presidente, reunindo-se periodicamente. As contribuições estatais para os IAPs tornaram-se meramente simbólicas, uma vez que a previdência passou a se autofinanciar por meio do aumento das contribuições de empregados e empregadores (Bravo, 2013).

Durante seu governo, Getúlio Vargas implementou reformas no sistema de saúde, direcionando maior atenção ao combate a epidemias e endemias. No entanto, as verbas destinadas à saúde frequentemente eram desviadas para outros setores. Muitos recursos dos IAPs foram utilizados para financiar a industrialização do Brasil, e, conseqüentemente, o atendimento não chegava a toda a população (Bravo, 2009). Dessa forma, o país continuava a enfrentar graves problemas de saúde.

A Constituição de 1934 trouxe novos direitos para os trabalhadores, como a licença médica e a licença maternidade. Em 1943, a Consolidação das Leis do

democrática, a qual inclui algumas tentativas de implementar a agenda social do movimento de 1930. Durante o período 1937-1945, o chamado 'Estado Novo', Vargas entrou para a história como o grande ditador, que abandonou e traiu seu compromisso anterior com a democracia. Finalmente, sua última administração (1950-1954), para a qual foi eleito por voto popular, representou uma volta a uma forma mais democrática de governo" (Arvin-Rad *et al.*, 1997, p. 3).

Trabalho (CLT) ampliou esses direitos ao introduzir benefícios adicionais para a saúde e estabelecer o salário mínimo.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que manteve a mesma estrutura do extinto Departamento Nacional de Saúde, mas ampliou o atendimento a enfermidades como ancilostomose, boubá, brucelose, doença de chagas, esquistossomose, entre outras (Bravo, 2013). No entanto, na zona urbana, o acesso aos serviços de saúde era um privilégio dos trabalhadores com carteira assinada.

Em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais, que começou a centralizar os serviços de enfrentamento das doenças endêmicas (Bravo, 2013). Nesse contexto, é importante ressaltar que um traço persistente na história das políticas de saúde no Brasil, assim como em outras políticas sociais, é a prevalência dos interesses do mercado em relação às necessidades e ao bem-estar da população.

Após o golpe de 1964¹⁰, os governos militares concentraram seus investimentos em segurança e desenvolvimento, deixando a saúde negligenciada e sem recursos adequados (Bravo, 2009). Como consequência, o país enfrentou surtos de epidemias e um aumento da mortalidade infantil (Bravo, 2013).

Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com a missão de unificar os diversos setores previdenciários existentes desde 1930 e aprimorar o atendimento médico (Behring; Boschetti, 2011). A responsabilidade pela atenção primária foi atribuída aos municípios, enquanto os casos mais complexos eram geridos pelos governos estaduais e federais.

A deterioração dos serviços públicos fomentou o crescimento do setor privado, e os brasileiros passaram a depender dos planos de saúde. Dessa forma, a saúde começou a ser tratada como uma mercadoria (Silva, 2024b).

Durante a Ditadura Militar no Brasil (1964-1985), o país experimentou um notável crescimento econômico, mas também uma crescente desigualdade social. A crise nos serviços públicos provocou um agravamento das condições de vida da população. Foi nesse contexto que surgiu o Movimento da Reforma Sanitária, como uma forma de oposição à Ditadura Militar e de luta por um sistema de saúde acessível a todos (Bravo; Matos, 2009).

¹⁰ Em 1º de abril de 1964, um golpe civil-militar destituiu o presidente João Goulart. A partir desse momento, teve início a extinção do regime democrático, que, apesar de restrito, estava em vigor no Brasil desde 1945 (Netto, 2014, p. 16).

Este movimento teve como princípio uma crítica à concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento a determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho em saúde (Vasconcelos, 2012, p. 78).

No Brasil, a saúde apresentava uma dicotomia: de um lado, trabalhadores formais tinham acesso aos serviços de saúde oferecidos pela previdência social; de outro, trabalhadores informais eram atendidos pela saúde pública, que estava vinculada ao Ministério da Saúde e focava principalmente em campanhas de vacinação e na prevenção e erradicação de doenças prevalentes na época. A saúde não era universal nesse período, o que significava que nem todos tinham acesso aos serviços de saúde.

O Movimento da Reforma Sanitária, fundamentado em princípios como justiça social, universalidade e participação democrática, buscava transformar o sistema de saúde do país. Em oposição, surgiu o Movimento Privatista, alinhado ao neoliberalismo¹¹, que defendia a privatização dos serviços de saúde e a redução do papel do Estado, com um foco maior na eficiência de mercado e na liberdade de escolha do indivíduo (Bravo; Matos, 2009, p. 7).

O Movimento da Reforma Sanitária¹² reuniu médicos, estudantes, parlamentares e profissionais dedicados à saúde pública, que buscavam assegurar o acesso universal aos serviços de saúde, estendendo-os para além dos trabalhadores formais. Esses envolvidos, em conjunto com os usuários, participaram da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a primeira a contar com a presença ativa dos próprios usuários (Fragoso; Silveira; Ximenes, 2024).

¹¹ O neoliberalismo é uma teoria baseada em práticas político-econômicas que defendem o bem-estar humano por meio da capacidade empreendedora individual, dentro de um regime de plena propriedade privada, mercados livres e comércio sem restrições. Esse modelo envolve a desregulamentação, privatização e a retirada do Estado da esfera econômica. No entanto, embora o Estado se retire da economia, ele ainda deve garantir a qualidade e a integridade da moeda, além de estabelecer as estruturas necessárias para a defesa, como as forças armadas, a polícia e o sistema legal, essenciais para o funcionamento adequado do modelo neoliberal (Harvey, 2008).

¹² No Capítulo 3, aprofundaremos a análise sobre a disputa entre esses dois projetos de saúde, relacionando-os com o exercício profissional do(a) assistente social. A defesa e o fortalecimento de um desses projetos influenciarão diretamente a concretização da saúde como um direito, e não apenas como uma forma de ajuda. É fundamental destacar que o componente ideológico da moralização da caridade e da ajuda continua presente na contemporaneidade, frequentemente disfarçado pela narrativa de falência do Estado.

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde¹³, em 1986, surgiu uma mobilização nacional em prol da redemocratização e da valorização dos determinantes sociais da saúde. A correlação de forças favoráveis, que incluía apoio dentro do governo federal nas áreas de previdência e saúde até 1988 e era sustentada pelo movimento social, assegurou a incorporação dos princípios de um novo Sistema de Seguridade Social na Constituição de 1988. Esse sistema passou a englobar saúde, assistência e previdência social (Vasconcelos, 2012).

Assim, figuram na Constituição a universalidade, equidade, uniformidade e equivalência, irredutibilidade dos valores dos benefícios, gestão democrática, descentralizada e participativa, como princípios e objetivos da Seguridade Social, garantindo seu caráter público e de responsabilidade do Estado (Vasconcelos, 2012, p. 79).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi fundamental para a criação do Sistema Único de Saúde, ampliando os conceitos de saúde pública no Brasil e propondo mudanças baseadas no direito universal à saúde e na melhoria das condições de vida. A presença destacada de organizações internacionais contribuiu para ampliar essa perspectiva, enfatizando a importância de ações em saneamento básico, medicina preventiva, descentralização dos serviços e participação popular. Essas propostas da Reforma Sanitária resultaram na universalização do direito à saúde, que foi oficialmente garantido pela Constituição Federal de 1988 e pela implementação do SUS (Teixeira, 1989).

A Constituição Federal de 1988 define a saúde como um direito de todos os cidadãos brasileiros e um dever do Estado. O art. 196 estabelece:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, cap. II, art. 196).

¹³ A 1ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu em 1941. Inicialmente, as Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas para atuar como um instrumento de controle sobre as ações dos estados, mas, com o tempo, transformaram-se em importantes espaços de mobilização social e participação democrática. Ao longo dos anos, tiveram um papel crucial nas conquistas da saúde pública no Brasil (Ferrarezi; Oliveira, 2010, p. 4).

O SUS, embora incluísse a participação de setores privados, foi concebido com o princípio de garantir um sistema de saúde gratuito e de qualidade para todos os brasileiros. Embora ainda enfrente desafios, o Brasil alcançou avanços significativos na saúde pública. É importante ressaltar que a plena implementação do art. 196 da Constituição Federal de 1988 não se limita às ações do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde; exige também o envolvimento de diversas áreas para a promoção e proteção desse direito.

Conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988, a saúde deve ser entendida de forma mais ampla do que nos modelos anteriores, que se concentravam principalmente na doença. Dessa forma, a abordagem da saúde deve anteceder o atendimento após o diagnóstico, começando com a formulação de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos” (Brasil, 1988, art. 196). Portanto, é essencial intensificar os esforços para ampliar o acesso à saúde, reafirmando-a como um direito humano fundamental.

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 194, estabelece o direito à seguridade social, que inclui as políticas de saúde, assistência social e previdência social, formando o chamado tripé da seguridade social (Brasil, 1988). Ressalta-se que o acesso à política de saúde não exige contribuição financeira. Tal política oferece ações preventivas e curativas, com foco na saúde física e mental dos cidadãos. Da mesma forma, a política de assistência social também não exige contribuição, sendo destinada a atender às necessidades básicas de proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência, às pessoas com deficiência e aos idosos. Já a política de previdência social requer contribuição financeira, assegurando o sustento do(a) trabalhador(a) e sua família quando ele(a) se encontrar incapaz de trabalhar devido a casos de doença, acidente, gravidez, prisão, falecimento ou envelhecimento.

Também é importante destacar que outras políticas fundamentais também contribuem para o cumprimento dos objetivos da seguridade social brasileira, tais como educação, trabalho e renda, habitação/urbanismo e desenvolvimento rural. Embora os(as) assistentes sociais atuem nessas áreas, é fundamental compreender que as ações dessas políticas não se confundem com as práticas voltadas à política de saúde, algo que ocorre frequentemente no cotidiano profissional.

2.3 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL APÓS A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM DESENVOLVIMENTO

Indiscutivelmente, o Sistema Único de Saúde é o maior sistema de cuidados à saúde no Brasil. Em todos os municípios do país, há pelo menos um serviço de saúde, que oferece desde a atenção primária básica até os cuidados mais especializados, totalizando mais de 200 mil estabelecimentos (Machado; Carvalho; Campos, 2020).

Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde, o SUS é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, prestando atendimento a mais de 190 milhões de brasileiros (Brasil, 2022a). Sua criação foi oficializada com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabeleceu os princípios e diretrizes para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de organizar e regulamentar a prestação dos serviços de saúde em todo o país (Brasil, 1990a).

Para garantir o seu bom funcionamento, um sistema dessa complexidade, que é referência internacional em diversas áreas – como vacinação, transplantes e doações de órgãos, sangue e leite materno –, deve ser organizado em diferentes níveis de atenção e assistência à saúde. No Brasil, esses níveis são definidos pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde, contemplando a atenção primária, secundária e terciária (Brasil, 2010a).

Esses critérios são empregados para organizar os tratamentos e serviços oferecidos pelo SUS, seguindo as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), com o intuito de proteger, restaurar e preservar a saúde dos(as) usuários(as) e assegurar a equidade, a qualidade e a eficácia. A Atenção Primária à Saúde (APS), que é a principal porta de entrada dos usuários no SUS, é o nível em que a maioria das questões de saúde pode ser resolvida ou, se necessário, encaminhada para os serviços de saúde especializados: níveis secundário e terciário (Brasil, 2022b).

De acordo com a organização dos serviços oferecidos pelo SUS, as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) desempenham um papel fundamental na promoção, prevenção e recuperação da saúde, integrando a rede de cuidados da APS. Essas unidades oferecem diversos serviços, como consultas médicas, vacinação e exames de rotina.

Conhecidas em algumas localidades como postos de saúde, as UBS são compostas por equipes multiprofissionais e especialistas em saúde da família, que trabalham para proporcionar um cuidado integral e contínuo à saúde da população local. Além dos atendimentos clínicos, as UBS desenvolvem ações de saúde em espaços públicos da comunidade e realizam visitas domiciliares, fortalecendo o vínculo com os moradores (Brasil, 2022b).

O propósito da APS vai além da simples assistência clínica, focando na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida, com ênfase na prevenção de doenças e na conscientização. Essa abordagem não só beneficia a população, mas também contribui para uma utilização mais eficiente dos recursos do sistema de saúde, ao reduzir a necessidade de internações e tratamentos de doenças evitáveis, como hipertensão, diabetes e problemas cardiovasculares (Brasil, 2022b).

Embora as UBS atendam à maioria das demandas de saúde, em situações de risco iminente de morte, é necessário procurar atendimento em Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h)¹⁴, hospitais gerais ou serviços especializados em alta complexidade. Dessa forma, as UBS são essenciais para fortalecer a saúde pública e promover uma sociedade mais saudável e bem-informada (Brasil, 2022b).

A atenção secundária, também chamada de média complexidade, inclui serviços especializados disponíveis em hospitais e ambulatórios, com foco em áreas como pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia, entre outras especialidades. Esse nível de atenção abrange atendimentos especializados, tanto em unidades ambulatoriais quanto hospitalares, situando-se entre a atenção primária e a terciária em termos de complexidade. Normalmente, envolve procedimentos de complexidade intermediária, como consultas especializadas, exames de diagnóstico, tratamentos terapêuticos e serviços de urgência e emergência (Brasil, 2022b).

A atenção terciária concentra-se no atendimento em hospitais de alta complexidade, incluindo áreas como oncologia, cardiologia, transplantes e neurocirurgia. Envolve procedimentos complexos, como cirurgias reparadoras,

¹⁴ As Unidades de Pronto Atendimento prestam atendimento de saúde de média complexidade, funcionando 24 horas por dia, sete dias por semana. Elas são preparadas para lidar com urgências e emergências, realizando primeiros atendimentos em casos cirúrgicos e traumáticos, com foco na estabilização dos pacientes, investigação diagnóstica inicial e encaminhamento para cuidados especializados quando necessário (Brasil, 2022b).

bariátricas, reprodução assistida e tratamentos para doenças raras. Fazem parte desse nível hospitais de grande porte, universitários e unidades de ensino e pesquisa, que contam com tecnologia avançada e leitos de UTI. A atenção terciária é voltada para casos complexos que não podem ser resolvidos na atenção primária ou secundária, e inclui tratamentos de alto custo e alta especialização, como quimioterapia, radioterapia e transplantes (Brasil, 2022b).

Cabe aqui destacar que a organização do Sistema Único de Saúde foi inicialmente apresentada para contextualizar sua estruturação até a alta complexidade, cenário no qual se insere o objeto de estudo: a atuação profissional do(a) assistente social.

Soares (2024) ressalta que o SUS surgiu inspirado na visão emancipatória do projeto de Reforma Sanitária, trazendo três mudanças significativas na concepção e gestão das políticas sociais no Brasil.

A primeira mudança foi a estruturação do Sistema Único de Saúde no país, que está intimamente associada à mobilização do movimento sanitário e à colaboração com movimentos sociais e partidos de esquerda. Essa mobilização politizou a política de saúde, rompendo com a visão tecnicista e transformando-a em um espaço de disputa de projetos.

A segunda mudança foi o estabelecimento da participação social como diretriz fundamental da política de saúde, conforme estabelecido na Constituição de 1988. O SUS se destacou ao criar conselhos de saúde e conselhos gestores com participação paritária entre a sociedade civil e os gestores, além de consolidar as conferências de saúde como as principais instâncias de deliberação, conforme determina a Lei nº 8.142/1990.

Como consequência das duas primeiras, a terceira mudança refere-se à construção de uma nova cultura de direito público à saúde, ressaltando a responsabilidade do Estado em garantir esse direito. A politização e a participação social promoveram uma compreensão mais ampla e inclusiva do acesso à saúde no Brasil (Soares, 2024, p. 392).

Nessa perspectiva, destaca-se a concepção ampliada de saúde, entendida como a garantia de melhores condições de vida e trabalho, com ênfase nos determinantes sociais. Também se ressalta a nova organização do sistema de saúde com a criação do SUS, alinhada aos princípios de intersetorialidade, integralidade,

descentralização, universalização e participação social (Brasil, 2022b). Além disso, evidencia-se a redefinição dos papéis institucionais das diferentes esferas de governo (União, Estado, municípios e territórios) na prestação dos serviços de saúde, bem como a importância do financiamento adequado pelo Estado (CFESS, 2010).

Destaca-se ainda que a eleição realizada após a aprovação da Constituição de 1988 foi a primeira eleição direta para a presidência do Brasil em mais de 20 anos, marcando um momento de transição crucial na história política do país. Em 1985, o Brasil vivia o fim do regime militar (1964-1985), um período autoritário que havia restringido liberdades e garantias democráticas (Brasil, 2022b).

Após anos de protestos, mobilizações populares e pressões internas e internacionais, o regime militar entrou em colapso. Nesse cenário, a eleição supracitada também evidenciou as tensões entre diferentes projetos de sociedade: Democracia de Massas versus Democracia Restrita, refletidas nas campanhas dos principais candidatos, inaugurando um novo ciclo político que moldaria os rumos do Brasil nas décadas seguintes (Behring; Boschetti, 2011, p. 142). Nas eleições presidenciais de 1989, esses dois projetos, baseados na interação entre Estado e sociedade, estavam em disputa, conforme (Netto, 1990 *apud* CFESS, 2010).

O projeto Democracia de Massas visa fomentar uma participação social ampla, unindo as instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organizações de base, incluindo sindicatos, comissões de empresas, associações de profissionais e de bairros, bem como movimentos sociais urbanos e rurais. A proposta é integrar a democracia representativa com a democracia direta, atribuindo ao Estado democrático de direito a tarefa de responder às demandas e desafios sociais (CFESS, 2010).

Por outro lado, o projeto Democracia Restrita impõe restrições aos direitos sociais e políticos com base na ideia de um Estado mínimo, que favorece o capital em detrimento do trabalho. A principal meta é diminuir a intervenção estatal, substituindo as lutas coletivas por demandas específicas de grupos corporativos (CFESS, 2010).

Com o fracasso do projeto Democracia de Massas, as classes dominantes definem, nos anos 1990, uma nova estratégia política para enfrentar a crise brasileira. As principais táticas do grande capital passam a envolver uma crítica rigorosa às conquistas sociais da Constituição de 1988, especialmente no que se refere à

Seguridade Social, além da construção de uma narrativa persuasiva para promover e consolidar seu projeto na sociedade (Mota, 1995).

Durante esse período, nota-se a ascensão das contrarreformas neoliberais, impulsionadas por agências internacionais. O grande capital passa a priorizar a privatização e a formação do cidadão consumidor como objetivos centrais (Mota, 1995).

O projeto neoliberal é definido por Harvey (2013, p. 27) como “[...] um projeto utópico de realizar um plano teórico de reorganização do capitalismo internacional ou como um projeto político de restabelecimento das condições da acumulação do capital e de restauração do poder das elites econômicas”. Em outras palavras, o Estado não deve interferir na economia nem restringir os mecanismos de mercado, pois isso representa uma ameaça à liberdade econômica e política. Portanto, o neoliberalismo defende que o mercado deve se regular livremente, cabendo ao Estado apenas um papel mediador essencial nas relações sociais, mantendo uma atuação mínima como condição e pressuposto para a democracia.

Na defesa da privatização, destaca-se a mercantilização dos serviços de Saúde e previdência, além da expansão do assistencialismo. Entre as principais diretrizes, incluem-se: a reforma da previdência, que está sendo implementada gradualmente como parte da Reforma do Estado e possui características de contrarrevolução (Guerra, 1998 *apud* CFESS, 2010) ou contrarreforma; a defesa do SUS exclusivamente para os mais pobres; e a refilantropização da assistência social, com uma significativa ampliação da atuação do setor privado nas políticas sociais (CFESS, 2010).

É crucial notar que esse panorama estava sendo moldado para reorganizar o Estado em benefício dos interesses do grande capital. Esse processo de reestruturação resultou na hipertrofia do Estado, que deixou de cumprir suas funções administrativas e executivas de forma eficaz, e teve uma redução no seu papel político e participativo, com o objetivo de privilegiar a burguesia.

Nesse cenário, o debate sobre a disputa entre os projetos da Reforma Sanitária e da Reforma Privatista torna-se ainda mais relevante, já que o fortalecimento de um ou outro determinará se a saúde será efetivada como um direito ou permanecerá como uma ajuda. A ideologia moralizadora da caridade e da assistência, frequentemente

apresentada sob o pretexto da falência do Estado, continua a influenciar a realidade atual.

Segundo Behring e Boschetti (2011), a contrarreforma do Estado foi produzida por fatores estruturais e conjunturais, e adquiriu força no decorrer dos governos de Fernando Collor (1990-1992) e Fernando Henrique Cardoso (1995-2002). Alicerçado a essa conjuntura de reestruturação estatal e implantação de um novo modelo de economia no Brasil, o SUS, que tinha sido recentemente elaborado e regulamentado, já estava sendo introduzido em um panorama de desmontes e era impactado diretamente pelo projeto neoliberal, que tinha a pretensão de reorganizar as políticas sociais.

Com a queda de Collor em 1992, seu vice, Itamar Franco, assumiu o governo e continuou a dismantelar a Reforma Sanitária, apesar das tensões e resistências do movimento sanitário, que, embora enfraquecido, ainda está ativo (Soares, 2010).

Soares (2010) destaca que, nas eleições presidenciais de 2002, nenhum dos candidatos apresentou propostas contrárias ao SUS. Embora alguns interpretem isso como um avanço, sua análise sugere que esse cenário reflète, na verdade, a predominância da lógica da contrarreforma na saúde. Ou seja, a ideia era dar continuidade aos movimentos que buscavam enfraquecer o modelo público e universal de saúde conquistado anteriormente, em favor de soluções mais privatizadas ou seletivas. Esse processo resultou na redução da participação do Estado no financiamento e na oferta de serviços de saúde, além da alteração ou diminuição dos direitos garantidos aos cidadãos. Como consequência, verificou-se a diminuição dos recursos destinados ao Sistema Único de Saúde, a introdução de modelos de gestão mais privatistas e a criação de mecanismos que dificultam o acesso aos serviços de saúde pela população mais vulnerável.

Ainda segundo com Soares (2010), a eleição de Luís Inácio Lula da Silva criou grandes expectativas sobre a direção que o Estado brasileiro tomaria. Pela primeira vez, um líder sindical de origem popular, representando um partido que levava “trabalhadores” no nome, assumia a presidência do país. Esperava-se, portanto, uma transformação significativa em um Estado historicamente autoritário e afastado dos interesses dos trabalhadores. Especificamente na área da saúde, havia a esperança de que o projeto de Reforma Sanitária fosse retomado e que o SUS fosse plenamente implementado. No entanto, as alianças políticas que possibilitaram a chegada de Lula

ao poder, bem como seus laços com grandes interesses econômicos, começaram a se tornar evidentes já no início de seu primeiro mandato.

Dessa forma, o governo Lula inicia uma nova fase na contrarreforma da política de saúde. Além de manter a política econômica conservadora e o subfinanciamento da seguridade social herdados do governo anterior, Lula implementa uma série de mudanças que seu antecessor não conseguiu implementar. Entre essas mudanças, destaca-se a segunda etapa da reforma da previdência social (Soares, 2010).

Soares (2010) destaca que, no âmbito da política de saúde, o governo Lula apresenta um cenário de tensão ao adotar medidas como a institucionalização de pactos e planos de desenvolvimento. Além disso, o governo avança com um projeto abrangente de privatização das políticas sociais, por meio da criação de fundações estatais de direito privado, conforme disposto no Projeto de Lei nº 92/2007, que previa que as Fundações Estatais de Direito Privado passassem a gerenciar diversas instituições públicas, incluindo as de saúde. Esse projeto foi elaborado com base nas recomendações publicadas pelo Banco Mundial para regulamentar o artigo 37 da Constituição Federal de 1988, sendo apresentado no documento do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Mpog) intitulado “Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos”, publicado em 2007. Para Cislighi (2024), essas fundações foram apresentadas como uma continuidade da Reforma Sanitária.

Nesse contexto, emerge um novo projeto intimamente ligado ao privatista: o “SUS possível”. Apoiado pelas lideranças históricas da Reforma Sanitária, esse modelo ajusta os princípios político-emancipatórios que fundamentam o SUS, em prol da modernização e do aperfeiçoamento do sistema (Soares, 2010).

Segundo Bravo e Menezes (2011), é crucial destacar que os movimentos sociais se opuseram às propostas das fundações. Em 2007, diversas conferências foram realizadas para discutir os objetivos desse novo modelo de gestão, especialmente no setor da saúde. Apesar da rejeição em vários estados e dos esforços coletivos para barrar a implementação, a proposta foi progressivamente aprovada em vários estados da federação, como Rio de Janeiro, Bahia, Acre, Tocantins e Pernambuco.

Soares (2010) destaca que a racionalidade predominante no SUS reflete, de maneiras distintas, os princípios dos projetos privatista e SUS possível, baseando-se em fundamentos que revisitam aspectos da racionalidade instrumental do Estado

burguês. Nesse contexto, os problemas e contradições do SUS são frequentemente atribuídos a questões administrativas e gerenciais, o que fortalece um discurso que justifica as parcerias público-privadas para a gestão da saúde, permitindo a utilização direta dos recursos públicos segundo a lógica privada.

Durante os primeiros quatro anos do governo Lula (2003-2006), as políticas neoliberais foram priorizadas, com destaque para o arrocho fiscal, a mínima intervenção estatal nas políticas públicas e sociais e a predominância de representantes do capital internacional em setores estratégicos (Barroco, 2021).

De acordo com Bravo e Menezes (2011), durante o segundo mandato do governo Lula (2007-2010), a área da saúde tornou-se um campo em que a disputa entre diferentes abordagens tornou-se mais evidente. O discurso de posse do então ministro da Saúde, José Gomes Temporão, esclareceu essa tensão ao mostrar o conflito entre a visão reformista e as possibilidades concretas para o SUS. Temporão também destacou a competição entre diferentes aspectos culturais e ideológicos, refletida em propostas que incluíam a redução do papel do Estado, a continuidade da focalização e a ênfase na individualização do risco, entre outras tendências. No primeiro ano de seu mandato, o ministro trouxe à tona questões polêmicas, incluindo a legalização do aborto, a restrição da publicidade de bebidas alcoólicas e a regulamentação das farmácias (Barroco, 2021).

A gestão de Lula foi caracterizada por contrastes significativos. Apesar dos avanços políticos, como a criação do programa Farmácia Popular, surgiram restrições que comprometeram a efetividade da seguridade social. Os desafios na promoção da intersetorialidade, da universalidade e da integralidade tornaram-se evidentes com a continuidade das políticas focalizadas. Além disso, houve um significativo envolvimento com a privatização, evidenciado pela criação das Fundações Estatais de Direito Privado (Barroco, 2021).

Conforme destaca March (2012), a lógica dessas fundações estatais encontrou um contexto mais favorável durante a transição entre o governo Lula e o governo Dilma Rousseff. A Medida Provisória nº 520/2010, um dos últimos atos do governo Lula, estabeleceu a criação de sociedades anônimas de propriedade da União para fornecer serviços de assistência médico-hospitalar integrados ao SUS. Esse movimento marcou a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

(Ebserh)¹⁵, que introduz novas práticas de gestão nos Hospitais Universitários Federais.

O governo que se seguiu, presidido por Dilma Vana Rousseff (2011-2016), a primeira mulher a assumir a presidência da República no Brasil, foi marcado pela intensa popularidade do governo Lula, conforme observam Paim e Reis (2018). Segundo os pesquisadores, o primeiro mandato de Dilma (2011-2014) buscava dar continuidade às realizações do governo Lula, mas as políticas propostas não introduziram inovações nem evidenciaram um compromisso claro com a Reforma Sanitária e o SUS.

É imperioso destacar que o governo Dilma enfrentou um contexto econômico e político menos favorável. Enquanto 2008 representou um ano de crise econômica para as grandes potências, os países de economia periférica passaram por um período de crescimento econômico, impulsionado pelo “boom das exportações industriais para a América do Sul e pelo boom das exportações de commodities para a China” (Bastos, 2015, p. 10). Entretanto, em 2011, esse cenário começou a se modificar. A desaceleração da China e a continuidade da crise em outros países resultaram na diminuição do crescimento do Brasil entre 2011 e 2014, conforme apontam Machado, Lima e Baptista (2017).

Nesse contexto, as principais fontes de crescimento sofreram fortes impactos, o que resultou em um desempenho insatisfatório da economia brasileira, conforme relatam Paim e Reis (2018). Esse cenário, caracterizado por investimentos econômicos restritos, também teve repercussões nas políticas sociais. No entanto, a despeito das dificuldades iminentes durante o governo Dilma, alguns avanços devem ser destacados. No campo da saúde, Paim e Reis (2018) ressaltam, nesse período, o processo de descentralização dos serviços de saúde para os municípios, a cobertura universal de vacinação, a assistência pré-natal e o aumento de recursos humanos, com o objetivo de aliviar a escassez de trabalhadores no SUS.

¹⁵ Nos termos da Medida Provisória nº 520/2010, a Ebserh possui personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, estando vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado. Sua sede e foro são em Brasília, no Distrito Federal, e ela pode estabelecer escritórios, representações, filiais e outras dependências em diferentes unidades da Federação, além de ser autorizada a criar subsidiárias regionais para a realização de atividades relacionadas ao seu objeto social. O capital social da Ebserh é composto por ações ordinárias nominativas, todas de propriedade integral da União (Brasil, 2010b).

É importante destacar que, apesar dos avanços alcançados durante o governo Dilma, eles se mostraram insuficientes para atender às necessidades das classes subalternas e da população em situação de vulnerabilidade social e econômica. Durante os dois mandatos de Dilma Rousseff (2011-2014/2015-2016), o governo enfrentou uma série de desafios, desde a recessão econômica até a crise política que se intensificou a partir de 2013. Essa crise não apenas afetou negativamente sua popularidade, como também facilitou a articulação do seu *impeachment* por forças reacionárias, ou seja, por um grupo de pessoas que defendiam a manutenção das desigualdades estruturais, manutenção de privilégios para a elite e uma postura de opressão para as minorias. Diante desse cenário, a política de saúde foi impactada negativamente, pois não foi priorizada pelo governo federal devido ao contexto político turbulento. Além disso, os governos subsequentes, de Michel Temer e Jair Bolsonaro, intensificaram os retrocessos na saúde pública, afastando-se cada vez mais dos princípios constitucionais (Barroco, 2021).

Com o *impeachment*¹⁶ de Dilma Rousseff, o vice-presidente, Michel Temer, assumiu o governo e adotou medidas que ameaçaram os direitos sociais e econômicos essenciais para milhões de brasileiros. Seu governo, iniciado de maneira interina em maio de 2016 e em vigor até 2018, representou um desmonte da proteção social. De acordo com Braz (2017), as diretrizes da agenda governamental estavam fortemente ligadas aos interesses do grande capital, favorecendo condições que impulsionaram a acumulação capitalista no país.

Durante o governo de Michel Temer, o projeto neoliberal foi revitalizado com a intenção de favorecer novas formas de acumulação, o grande capital e a classe dominante do Brasil. Esse movimento levou à implementação de medidas que restringiram direitos sociais, impactando diretamente a saúde e o SUS.

Segundo Bravo, Pelaez e Menezes (2020), a área da saúde passou por uma forma de privatização não tradicional, marcada pelo congelamento dos recursos orçamentários para políticas sociais, em decorrência da Emenda Constitucional nº 95/2016. Ainda durante o governo Temer, foram implementadas várias medidas com o intuito de avançar com a agenda neoliberal no Brasil. Entre as mais significativas, destacam-se a reforma trabalhista, a reforma da previdência social e a criação de um

¹⁶ Impedimento legal de exercer mandato, de ocupar cargo.

novo regime fiscal, que determinou o congelamento dos gastos públicos por 20 anos (Barroco, 2021). Como consequência, a classe trabalhadora foi a mais impactada por essas reformas.

O cenário desfavorável para a saúde se tornou evidente desde o início do governo Temer. Bravo, Pelaez e Menezes (2020) apontam que um indicativo desse contexto foi o discurso de posse do ministro da Saúde, Ricardo Barros, que indicou a incapacidade do país de manter os direitos previstos na Constituição de 1988, enfatizando a necessidade de ajustar esses direitos com base em critérios financeiros. Nesse contexto, foram propostos os planos de saúde populares ou acessíveis.

Os planos de saúde acessíveis são divididos em várias categorias de serviços. O plano simplificado oferece cobertura para a atenção primária, que inclui consultas nas especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), além de serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade. O plano ambulatorial e hospitalar, além da atenção primária, abrange algumas especialidades de média e alta complexidade. Por sua vez, o plano em regime misto de pagamento fornece serviços mediante uma contraprestação mensal, cobrindo cuidados hospitalares, terapias de alta complexidade, medicina preventiva e atendimento ambulatorial. Essas informações são baseadas nos dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme resumido por Bravo, Pelaez e Menezes (2020).

As mudanças no orçamento do SUS durante o governo Temer evidenciaram um claro desfinanciamento da saúde pública, criando condições favoráveis à privatização e demonstrando um descompromisso com os princípios constitucionais. Essas ações resultaram em impactos negativos para a sociedade e enfraqueceram a capacidade do setor público de enfrentar os interesses privados, uma situação que persistiu durante o governo de Jair Bolsonaro (Barroco, 2021).

A eleição de Jair Bolsonaro em 2018 exacerbou a crise no sistema de saúde brasileiro. O processo de desmonte do SUS, que já era gradual, acelerou-se, e as políticas adotadas promoveram a deterioração das condições de vida e saúde da população, resultando em um cenário de crescente precarização e sofrimento (Weiller, 2019).

Como mencionado anteriormente, os governos neoliberais historicamente investiram pouco na saúde pública, priorizando a terceirização e privatização dos serviços para garantir lucros às grandes empresas privadas. O governo de Jair

Messias Bolsonaro seguiu essa lógica, intensificando o desmonte do SUS. Além disso, seu governo enfrentou um agravante significativo: a pandemia de coronavírus SARS-CoV-2 (Barroco, 2021).

A Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, caracterizada por alta transmissibilidade, gravidade potencial e disseminação global. O SARS-CoV-2 é um betacoronavírus identificado em amostras de lavado broncoalveolar de pacientes com pneumonia de causa desconhecida, na cidade de Wuhan, na província de Hubei, China, em dezembro de 2019 (Guitarrara, 2025, recurso online).

Santos, Basílio e Silva (2024) relatam que a administração de Bolsonaro agravou a crise sanitária no Brasil ao adotar uma postura negacionista e promover tratamentos sem eficácia comprovada. Seu governo provocou o colapso dos sistemas hospitalares, tanto públicos quanto privados, e resultou na morte de milhares de brasileiros. As declarações de Bolsonaro, as sucessivas trocas de ministros da Saúde durante a pandemia, a falta de ações eficazes para conter a covid-19 e os reduzidos investimentos em saúde pública revelam que o presidente não demonstrou interesse ou preocupação genuína com a saúde da população brasileira (Santos; Basílio; Silva, 2024).

Durante a pandemia, o sistema de saúde não recebeu a atenção prioritária necessária para adotar medidas urgentes. Bolsonaro demonstrou desinteresse ao não alocar recursos suficientes para a saúde, não implementar critérios eficazes de combate ao vírus e não garantir a aquisição de vacinas (Santos; Basílio; Silva, 2024).

Portanto, podemos concluir que o governo de Jair Messias Bolsonaro foi ainda mais crítico do que o de Michel Temer. Além de aprofundar o sucateamento do SUS em favor dos grandes interesses econômicos, Bolsonaro instaurou uma política que resultou em um aumento significativo de mortes.

De acordo com Sintrajufe RS (2023, recurso online),

o Brasil ultrapassou oficialmente a marca de 700 mil mortes pela Covid-19, com grande parte desse número resultante da falta de ação do governo do ex-presidente Jair Bolsonaro (PL) e da negação da ciência por seu grupo político. Dos 700 mil óbitos, 693 mil ocorreram durante sua gestão. De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o número exato de vítimas registradas era de 700.329, até março de 2023.

Outro aspecto a ser destacado diz respeito ao panorama das internações durante o período da pandemia. Em 2020, houve uma redução considerável nas internações no SUS, especialmente no início da pandemia de covid-19, quando havia pouco conhecimento sobre a doença e suas formas de tratamento.

A análise por formas de organização dos procedimentos realizados indicou que, prioritariamente, os de caráter eletivo foram fortemente reduzidos. No início da pandemia, procedimentos foram suspensos e/ou evitados, e o tratamento da Covid era postergado – quadro que se modificou ao longo do ano, quando se passou a conhecer melhor sobre a doença e como tratá-la, levando a internações mais precoces principalmente em função da oxigenação sanguínea. Isso pode possivelmente explicar parte da importante redução no número de internações no SUS (especialmente entre março e abril de 2020) e seu crescimento a partir de maio daquele ano. Além disso, procedimentos inicialmente suspensos também passaram a ser realizados posteriormente, conforme o estágio da epidemia nos diferentes locais, inclusive alguns eletivos. Mesmo com a persistência e até o agravamento da pandemia no país, o receio da doença deixou de representar um impeditivo quase absoluto para se buscar atenção, como ocorreu no início (Albuquerque, 2021, recurso online).

Esse é um dado preocupante, pois muitas doenças crônicas, como as cardiovasculares, oncológicas, diabetes, entre outras, não receberam atendimento adequado ou tiveram seus tratamentos interrompidos. Essa situação pode acarretar, no futuro, problemas como superlotação, o agravamento da já constante escassez de vagas nos hospitais e, conseqüentemente, o aumento do número de mortes por doenças que não foram devidamente tratadas.

Após revisar o contexto histórico da saúde brasileira, que fundamenta nossa pesquisa, no próximo item analisaremos o pano de fundo da nossa investigação: o âmbito hospitalar.

2.4 A TRAJETÓRIA DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE BRASILEIRA

O período de 1930 a 1945 marca o início da profissão de Serviço Social no Brasil, que então estava fortemente ligada a valores religiosos e conservadores (Bravo; Matos, 2009). Naquele tempo, a saúde não era tratada como um direito, e

inexistia um sistema integrado e estruturado como o SUS, que só viria a ser estabelecido mais tarde.

Como mencionado, a assistência à saúde daquele período tinha um enfoque assistencialista e de seguro social (Fleury, 2003). A assistência médico-hospitalar era fornecida exclusivamente pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) para trabalhadores com vínculos empregatícios. Esse órgão foi extinto em 1993, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde. Portanto, a saúde não era um direito universal, mas um privilégio reservado apenas aos trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes.

Entre as décadas de 1940 e 1950, o Serviço Social desenvolveu um discurso e práticas específicas, criando metodologias e teorias adaptadas para cada tipo de intervenção, como o Serviço Social de Caso, o Serviço Social de Grupos e, a partir dos anos 1950, o Serviço Social de Comunidade. Esses diferentes modos de intervenção variavam conforme o tipo de instituição em que o trabalho era realizado. Foi nesse contexto que surgiu o conceito de “Serviço Social Médico” (Matos, 2013, p. 57).

A inserção do Serviço Social nos serviços de saúde se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico. Assim, o assistente social foi identificado (em conjunto com outras profissões, no contexto da cooperação vertical) como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico. A relação era pautada numa perspectiva de complementaridade, onde o gestor era o médico. Daí muito ter se usado, à época, a categoria de paramédico para definir os outros profissionais não médicos que trabalhavam na saúde. Aparentemente não se tinha um objetivo próprio para os paramédicos, ficando sua atuação para aquilo que o médico lhes delegava, que era o que este julgava não ter capacidade ou não queria fazer. Contudo, estamos falando de uma época específica, década de 1940, quando o serviço de saúde estava sendo construído no país e o campo do conhecimento das outras áreas também se pautava em pressupostos positivistas (Matos, 2013, p. 57).

Na área da saúde, o Serviço Social teve seu início nos hospitais com o propósito de estabelecer um vínculo entre a instituição, a família e o paciente. Entre suas funções, destacavam-se a continuidade do tratamento após a alta e a prestação de apoio à família, a fim de minimizar as dificuldades materiais decorrentes da ausência do responsável familiar, que era o provedor principal (Matos, 2013).

A atuação dos(as) assistentes sociais estava centrada na atenção hospitalar, uma vez que a demanda do momento exigia que esses profissionais lidassem com a contradição entre a necessidade de atendimento e o caráter excludente e seletivo (Bravo; Matos, 2009, p. 200) da política de saúde, que ainda não era universal. A atuação do(a) assistente social era centrada na metodologia do Serviço Social de Caso, que se baseava na ideia funcionalista de que os problemas enfrentados pelos usuários, então denominados “clientes”, eram consequência de seu comportamento. Dessa forma, acreditava-se que, ao mudar seus hábitos, seria possível melhorar suas condições de vida (Bravo, 2011).

A partir de 1945, houve um crescimento na inserção dos(as) assistentes sociais na área da saúde (Bravo; Matos, 2009), motivado pelo surgimento de novas demandas profissionais. Após a Segunda Guerra Mundial, os países afetados passaram a considerar a saúde como uma prioridade social. Nesse contexto, o Serviço Social foi convocado globalmente para realizar investigações sociais, atender às famílias e, principalmente, aplicar abordagens grupais, destacando a relevância do trabalho com grupos para a efetividade das intervenções (Bravo, 2011). Essa mudança também se estendeu aos países da América Latina, resultando em uma maior absorção de assistentes sociais no setor de saúde (Andreani; Dias; Dalpiaz, 2021).

Nesse contexto, a Organização das Nações Unidas (ONU) criou a Organização Mundial da Saúde e, em 1948, formulou o conceito de saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (Scliar, 2007). Essa nova concepção impactou diretamente a demanda por profissionais de outras áreas, incluindo o Serviço Social. A nova definição de saúde trouxe uma abordagem inovadora ao considerar os aspectos biopsicossociais, passando a considerar fatores além da doença, ampliando o escopo da assistência (Andreani; Dias; Dalpiaz, 2021).

De acordo com Matos (2013), durante a década de 1950, o Brasil e a América Latina foram fortemente influenciados pelo desenvolvimentismo, uma abordagem promovida pela ONU para conter os movimentos de libertação nacional nos países em desenvolvimento e responder à ameaça do comunismo durante a Guerra Fria, que dividia o mundo entre os Estados Unidos da América (EUA) e a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS).

Matos (2013) explica que, no Brasil, o desenvolvimentismo teve um de seus principais exemplos no governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961), que prometeu acelerar o crescimento econômico do país. Esse período também foi marcado pela abertura para a indústria internacional. No contexto desse modelo, a ONU recomendou um programa para disseminar sua ideologia por meio de iniciativas educativas no campo. De maneira inesperada, essa proposta da ONU criou um espaço para as práticas educacionais de Paulo Freire¹⁷, que adotava uma abordagem libertadora.

Conforme Matos (2013), os assistentes sociais participaram desse movimento, mas apenas a partir dos anos 1960. Nos anos 1950, a maioria dos assistentes sociais estava envolvida com a política desenvolvimentista, adotando um planejamento mais tecnicista e entendendo o trabalho comunitário como uma atividade específica: o Serviço Social de Comunidade. Naturalmente, essa vertente do Serviço Social não teve inserção na saúde, já que, à época, essa atuação era compreendida como restrita aos serviços de saúde (Matos, 2013, p. 58).

Na década de 1960, o cenário do trabalho profissional começou a se transformar, trazendo questionamentos ao conservadorismo predominante na profissão. Após o golpe de 1964, o Serviço Social adotou a perspectiva da “modernização conservadora” (Netto, 2011), enfrentando novas demandas dentro de uma lógica burocrática. Esse processo envolveu a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios, sem considerar outras possíveis direções sociais para a profissão.

Destacamos, a seguir, a compreensão das três dimensões da Renovação do Serviço Social. Segundo Netto (2011, p. 131), a Renovação do Serviço Social é vista como

o conjunto de características novas que, no marco das restrições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo das suas tradições e da assunção do contributo de tendências 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

¹⁷ Paulo Freire e a Pedagogia do Oprimido – Paulo Freire faz uma crítica à educação tradicional por ser opressiva e por dificultar o desenvolvimento crítico e reflexivo dos educandos. Em contrapartida, ele defende uma educação dialógica, centrada no diálogo como base para o aprendizado.

de validação teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais.

Moljo e Cunha (2009) apontam três vertentes que marcaram o processo de renovação do Serviço Social: a modernização conservadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura.

A perspectiva da modernização conservadora representou a primeira manifestação do processo de renovação do Serviço Social. Sua formulação é destacada nos resultados do primeiro e do segundo “Seminário de Teorização do Serviço Social”, cujos textos finais foram sintetizados nos Documentos de Araxá (1967) e Teresópolis (1970). As concepções expressas nesses documentos estão vinculadas à questão do desenvolvimento, entendido como um conjunto de mudanças que, ao impedir projetos de transformação das estruturas socioeconômicas nacionais e de ruptura com as formas de inserção na economia capitalista mundial, exige contribuições técnicas sofisticadas e elaboradas – além da coordenação entre “governos” e “populações” – com uma conseqüente valorização da contribuição profissional dos especialistas em “problemas econômicos e sociais” (Netto, 2011).

A segunda vertente da Renovação foi a reatualização do conservadorismo, expressa nos Seminários de Sumaré (1978) e Alto da Boa Vista (1984). Essa abordagem recusa tanto o positivismo quanto o marxismo, adotando uma orientação fundamentada na fenomenologia (Moljo; Cunha, 2009, p. 93).

A terceira perspectiva foi a da Intenção de Ruptura, que surge no contexto da estrutura universitária brasileira na primeira metade dos anos 1970, tendo a Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais como cenário (Moljo; Cunha, 2009, p. 93).

De acordo com Netto (2011), essa perspectiva se confronta com a autocracia burguesa em três planos: no plano teórico-cultural, pois os referenciais em que se baseava negavam as legitimações da autocracia; no plano profissional, já que seus objetivos entravam em choque com o perfil do assistente social exigido pela modernização conservadora; e no plano político, uma vez que suas ideias sobre participação social, cidadania e suas propostas de organização social se opunham à institucionalidade da ditadura (Moljo; Cunha, 2009, p. 93).

Essa corrente destacou a necessidade de que a profissão se dedicasse à produção de um conhecimento crítico sobre a realidade social, permitindo que o

Serviço Social estabelecesse seus objetivos e (re)construísse os objetos de sua intervenção, ao mesmo tempo que atendesse às demandas sociais impostas pelo mercado de trabalho e pela realidade. Dessa forma, o Serviço Social pôde aprofundar o diálogo crítico e construtivo com diversas áreas das Ciências Humanas e Sociais (Sousa, 2008). A intenção de ruptura foi o que possibilitou, pela primeira vez, o diálogo com o marxismo e, posteriormente, com o legado marxiano (Moljo; Cunha, 2009, p. 93).

Nos anos 1970, o Brasil vivenciou o surgimento de diversos movimentos sociais que lutavam contra a ditadura e a profunda desigualdade social. Entre eles, destacou-se o Movimento da Reforma Sanitária. Como descrito no Capítulo 2, seu objetivo principal era assegurar que a saúde fosse tratada como um direito universal e um dever do Estado, em vez de ser considerada um favor ou uma política vinculada ao mercado de trabalho (Andreani; Dias; Dalpiaz, 2021).

Esse movimento apoiou a universalização dos direitos e das políticas sociais ao reconhecer que a saúde é determinada por diversos fatores relacionados às condições de vida das pessoas. Esse entendimento, denominado conceito ampliado de saúde, representou uma ampliação do que anteriormente era considerado saúde. Com essa abordagem, foram incorporados princípios como intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e a redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (CFESS, 2010). Esses princípios passaram a constituir uma visão mais abrangente e integrada da saúde.

Conforme discutido no Capítulo 2.2, embora tenha havido crescimento econômico durante a ditadura militar, a desigualdade social permaneceu e até se ampliou, o que gerou uma crise econômica e política significativa. Esse enfraquecimento do regime favoreceu o fortalecimento e a organização dos movimentos sociais, que começaram a desenvolver e a expressar suas demandas de forma mais articulada.

Um dos eventos marcantes desse período foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que representou um grande progresso nas discussões e decisões sobre as mudanças necessárias na política de saúde. Inserida no contexto da Reforma Sanitária, essa conferência concentrou-se na formulação de propostas para o fortalecimento do setor público de saúde. A partir desse momento, surgiu um novo conceito de saúde, que ampliou a visão anteriormente centrada apenas nos

aspectos biológicos da política de saúde. Esse conceito ampliado representou um marco significativo ao desafiar a visão predominantemente médico-centrada que predominava no setor da saúde. Depois de várias discussões, a 8ª Conferência Nacional de Saúde redefiniu o conceito de saúde da seguinte forma:

em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Brasil, 1986, p. 4).

Segundo Bravo (2011), até a década de 1980, a profissão esteve desarticulada da discussão coletiva progressista na área da saúde, que é representada (e ainda é) pelo movimento sanitário. Assim, em 1988, como vimos no Capítulo 2, a saúde foi finalmente estabelecida como um direito social na Constituição Federal, resultando na criação do SUS. Esse sistema foi regulamentado oficialmente dois anos depois, pelas Leis nº 8.080/1990 (Brasil, 1990a) e 8.142/1990 (Brasil, 1990b). Entre seus objetivos, está “a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde” (Brasil, 1990a, cap. I, art. 5º, inc. I). Esses determinantes sociais são analisados sob uma perspectiva ampliada de saúde, que considera não apenas a cura física, mas também outros aspectos, como o acesso a bens e serviços e a estrutura econômica, social e de classes existente na sociedade (Andreani; Dias; Dalpiaz, 2021).

A seguir, abordaremos a inserção do(a) assistente social na saúde brasileira, observando suas práticas no contexto de alta complexidade hospitalar, que é o foco central de nossa pesquisa.

2.5 A INSERÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: PARTICULARIDADES DAS PRÁTICAS EM CONTEXTOS DE ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR

Como mencionado anteriormente, o Serviço Social brasileiro, inicialmente, concentrou suas atividades em grupos “marginalizados” do mercado de trabalho, deixando de atuar na força de trabalho ativa. Naquela época, a implementação de

direitos sociais e as condições de assistência foram suficientes para suprir as demandas que poderiam ser atendidas pelos assistentes sociais. No início, a atuação desses profissionais se dava, sobretudo, em asilos, albergues, orfanatos e dispensários, além da Secretaria de Promoção Social em São Paulo. A área da saúde começou a ser abordada posteriormente, ainda de forma incipiente (Bravo, 2013).

O ingresso dos(as) assistentes sociais na área da saúde ocorreu com foco puericultura e na prevenção de doenças transmissíveis e hereditárias. Suas funções incluíam a triagem socioeconômica, a elaboração de fichas informativas para auxiliar o médico no tratamento, a distribuição de auxílios financeiros para facilitar o acesso dos “clientes” às instituições médicas, a conciliação do tratamento com as responsabilidades profissionais dos “clientes” por meio de negociações com empregadores, o acompanhamento dos aspectos emocionais e psicológicos do tratamento e a adaptação dos pacientes às instituições, visando conquistar sua confiança. Nas campanhas sanitárias, o(a) assistente social tinha, basicamente, a função de promover a educação sanitária (Iamamoto; Carvalho, 2013).

A tônica do discurso e da prática do Serviço Social na saúde, como também na outras áreas, foi a ação educativa e posteriormente a “tecnificação” da assistência. A educação do povo, a instrução da família, a fiscalização sanitária foram considerados fundamentais, pois se pautavam na noção do proletariado como tendo um baixo nível cultural, o que se agravava com a insuficiência de recursos econômicos desde a necessidade de ser educado para suavizar a miséria e a doença. A ação educativa estava relacionada ao ajustamento do “paciente” às relações sociais vigentes, sendo necessária às classes trabalhadoras a adesão à ordem social (Bravo, 2013, p. 157).

Bravo (2013) explica que as demandas observadas na prática do assistente social foram se consolidando em ações desenvolvidas pelo Serviço Social na área da saúde, como visitas domiciliares, aconselhamento e seleção socioeconômica. O profissional, ao desempenhar essas atividades, tornava-se um “fiscalizador da pobreza”, comprovando essa condição por meio de extensos formulários e visitas domiciliares. Além disso, buscava intervir na vida das pessoas com quem trabalhava, em ações que muitas vezes obscureciam os aspectos mais gerais da situação de classe dos trabalhadores. O aconselhamento visava promover mudanças na maneira de ser, sentir, ver e agir dos indivíduos, buscando sua adesão aos valores dominantes.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a saúde como um direito constitucional, o Serviço Social passou a desenvolver uma abordagem mais crítica na área da saúde. Esse novo enfoque incorporou o conceito ampliado de saúde, que leva em conta os determinantes sociais como fatores-chave no processo de saúde e doença tanto para indivíduos quanto para a coletividade. Nesse contexto, o Serviço Social ganhou destaque e reconhecimento como uma profissão da área da saúde, conforme a Resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução nº 383/1999 do Conselho Federal de Serviço Social (Andreani; Dias; Dalpiaz, 2021).

Essa valorização institucionalizou a profissão, definindo atribuições privativas dos(as) assistentes sociais, conforme disposto na Lei de Regulamentação da Profissão. Essas atribuições delimitam o escopo de atuação dos profissionais e diferenciam-se das competências, que abrangem conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para a execução de atividades e podem ser compartilhadas entre diversas profissões. Ou seja, enquanto as atribuições privativas delimitam o escopo do trabalho do(a) assistente social, as competências podem ser desenvolvidas por profissionais de outras áreas, refletindo a interdependência entre as diversas especialidades no campo da saúde.

De acordo com Andreani, Dias e Dalpiaz (2021), é fundamental fazer uma clara distinção entre as terminologias “requisições”, “demandas”, “atribuições” e “competências” profissionais. Essas categorias são frequentemente confundidas, tanto por profissionais de outras áreas quanto pelos(as) próprios(as) assistentes sociais, que ainda encontram dificuldades para diferenciar os princípios intrinsecamente ligados à profissão das responsabilidades impostas pelas instituições empregadoras.

As requisições referem-se a exigências ou solicitações, frequentemente de caráter legal. Embora existam requisições específicas para diferentes indivíduos ou entidades, elas podem coincidir, dando a impressão de uma única exigência (Guerra *et al.*, 2016). Há requisições direcionadas ao assistente social, à política de saúde, a determinados programas e aos serviços em geral. No entanto, o assistente social frequentemente assume essas requisições relacionadas à política de saúde devido ao seu compromisso com a qualidade dos serviços prestados (Andreani; Dias; Dalpiaz, 2021). Além disso, os princípios do Código de Ética Profissional estão diretamente

alinhados com os da Reforma Sanitária, o que reforça a congruência entre as exigências da política de saúde e as da profissão (Bravo; Matos, 2009).

A criação do documento “Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde”, que será abordado a seguir, teve como inspiração a cartilha intitulada “O Serviço Social em Hospitais: Orientações Básicas”, elaborada pelo Cress/RJ. Essa cartilha destaca diversas demandas historicamente direcionadas ao Serviço Social, entre as quais se incluem a emissão de declarações para liberação de trabalho e comparecimento, a resolução de atrasos no atendimento, os procedimentos para a admissão de pacientes em hospitais, a facilitação para agendamento de consultas e atendimentos médicos, a aquisição de medicamentos e pedidos de órteses e próteses, além da orientação sobre acidentes de trabalho e o fornecimento de informações sobre os procedimentos e direitos relacionados a esses incidentes.

Também cabe ao Serviço Social fornecer informações e encaminhamentos para exames especializados, apoiar e orientar usuários em situação de vulnerabilidade financeira e mediar conflitos entre a equipe de saúde, usuários e suas famílias, bem como entre os usuários e os serviços de saúde. Além disso, os assistentes sociais são frequentemente requisitados para dar suporte e encaminhamento no tratamento de dependência química, orientar sobre os procedimentos para a remoção de pacientes entre diferentes planos de saúde e solicitar abrigo e alimentação para usuários em situação de vulnerabilidade social. A comunicação de alta hospitalar, bem como a orientação sobre o processo de alta e as providências necessárias para a saída da unidade hospitalar também fazem parte das demandas encaminhadas ao Serviço Social.

Em casos de violência urbana e doméstica, o Serviço Social é solicitado para apoiar e intervir, atuando também em casos de maus-tratos contra crianças, mulheres, idosos e trabalhadores. Além disso, esses profissionais prestam orientação a usuários(as) que não compreendem o tratamento indicado e fornecem informações sobre direitos a seguros, previdência e procedimentos funerários em casos de óbito.

Segundo Bravo (2013), a área da saúde é um dos setores mais relevantes para a atuação do Serviço Social, representando um espaço privilegiado para a inserção profissional, especialmente diante da alta complexidade hospitalar, que é o foco do nosso estudo. Nesse contexto, os(as) usuários(as) que ingressam em serviços de saúde de alta complexidade hospitalar geralmente chegam em estado grave, com

várias condições debilitantes que precedem a internação. Conseqüentemente, as demandas que chegam a esses serviços muitas vezes não se restringem apenas às questões de saúde, mas abrangem também aspectos além do escopo institucional. Portanto, é crucial contar com uma equipe multiprofissional para oferecer um atendimento completo e integrado às necessidades dos pacientes (Andreani; Dias; Dalpiaz, 2021).

Dessa forma, os(as) assistentes sociais são desafiados(as) a desenvolver e adotar requisitos fundamentais para atuar no ambiente hospitalar. O exercício profissional deve ir além de uma abordagem imediatista (Coelho, 2013), que frequentemente resulta em uma compreensão simplista e, por vezes, superficial das situações.

O documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” (CFESS, 2010) destaca quatro eixos de atuação: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; e assessoria, qualificação e formação profissional. É importante salientar que esses eixos orientam as práticas do(a) assistente social na política de saúde de maneira geral, independentemente do nível de complexidade em que o profissional esteja inserido.

O primeiro eixo engloba ações socioassistenciais, ações de articulação com a equipe de saúde e ações socioeducativas, que devem ocorrer de forma indissociável e complementar. As ações socioassistenciais tomam forma por meio de encaminhamentos de demandas emergenciais para setores competentes, o que requer a construção coletiva de protocolos para a definição de fluxos de encaminhamentos; de avaliações socioeconômicas, feitas de forma a mobilizar os usuários para a garantia de direitos, e não para impedir o acesso; e de visitas domiciliares, realizadas de forma a favorecer uma melhor compreensão crítica acerca das condições de vida dos usuários, buscando responder de forma efetiva sobre os direitos sociais que podem ser acessados por eles.

As ações de articulação com a equipe devem buscar uma melhor interpretação das condições de saúde do usuário a partir da união dos diversos ângulos de interpretações profissionais. Entretanto, é importante estar atento para não desenvolver ações que sejam atribuições privativas de outros profissionais.

Nesse contexto, o profissional de Serviço Social deve se posicionar como interlocutor entre os usuários e a equipe de saúde, buscando a humanização do sistema a partir de uma perspectiva ampliada. Além de fomentar debates com a participação dos usuários, contribuindo para a construção coletiva de uma nova cultura de atendimento, o(a) assistente social deve incentivar que todos os profissionais estabeleçam um diálogo direto com os usuários. Para tanto, é fundamental que o(a) assistente social participe da elaboração de protocolos e rotinas de trabalho, de forma a investir na educação permanente, visando fortalecer os princípios do SUS.

As ações socioeducativas, portanto, devem ser o eixo central da atuação do Serviço Social, pois estão voltadas para a orientação e socialização de informações, estimulando a reflexão crítica. Seu objetivo é contribuir para a construção de uma nova cultura baseada na participação ativa dos usuários, incentivando-os a compreender sua realidade e potencializando-os para a construção de estratégias coletivas (CFESS, 2010, p. 55). Dessa forma, busca-se desenvolver a consciência sanitária, ou seja, a noção de que a saúde é um direito tanto individual quanto coletivo.

O segundo eixo de atuação compreende um conjunto de ações que estimulam a mobilização e a participação social em espaços democráticos de controle social, com o propósito de assegurar o direito à saúde e inserir as demandas da população na agenda pública da saúde (CFESS, 2010, p. 57-58). Entre essas ações, destacam-se a criação de conselhos gestores de unidades (enquanto forma de democratizar a instituição, incorporando a participação dos trabalhadores de saúde na gestão da unidade); a implementação das “ouvidorias”, tanto a do SUS, quanto as institucionais (enquanto canais de articulação entre o cidadão e a gestão); e a articulação com movimentos sociais (tanto para fortalecer fóruns e conselhos e dar mais visibilidade às discussões, quanto para criar relações e alternativas para a garantia dos direitos sociais).

O terceiro eixo busca o fortalecimento de uma gestão democrática, intersetorial e interdisciplinar, pautada na garantia de direitos sociais. “O processo de descentralização das políticas sociais vem requisitando dos profissionais de Serviço Social a atuação nos níveis de planejamento, gestão e coordenação de equipes, programas e projetos” (CFESS, 2010, p. 60). Para isso, faz-se necessária a realização de estudos que diagnostiquem o perfil, as demandas e as condições de vida e saúde

dos usuários, devendo “conceber a saúde no âmbito da Seguridade Social” (CFESS, 2010, p. 61) e a incorporação dos assistentes sociais nesses espaços, tendo como diretriz o Projeto Ético-Político. Além disso, os profissionais têm sido requisitados nos canais de auditoria de gestão, para que, a partir do monitoramento e avaliação dos serviços prestados, sejam propostas melhorias.

Por último, o quarto eixo visa ao aprimoramento profissional de forma a melhorar a qualidade dos serviços prestados. Esse eixo abrange a educação permanente dos trabalhadores da saúde, propondo atividades e programações que visem à qualificação da equipe na perspectiva do trabalho interdisciplinar e à educação de estudantes e residentes, destacando a importância da articulação com as unidades de formação, o que inclui a criação de campos de estágio, supervisão de estagiários e preceptoria de residentes. Tanto a educação permanente quanto a formação profissional devem ser norteadas pelo trabalho interdisciplinar e pelos princípios do SUS: universalidade, integralidade e participação social. Outra ação essencial nesse eixo é a assessoria, que pode ser prestada tanto para profissionais de Serviço Social, quanto para a gestão ou movimentos sociais (CFESS, 2010, p. 64).

Posto isso, os(as) assistentes sociais devem garantir a qualidade dos serviços que oferecem, com o objetivo de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária (CFESS, 1993). Para alcançar essa qualidade, é essencial realizar uma análise aprofundada da realidade social, de forma a possibilitar que os(as) usuários(as) acessem progressivamente seus direitos constitucionais. Além disso, é imprescindível adotar uma abordagem abrangente das condições de vida dos indivíduos que buscam suporte, especialmente nos serviços de saúde.

Após abordarmos o desenvolvimento histórico da saúde no Brasil, a política de saúde no país após a promulgação da Constituição Federal de 1988, a trajetória da atuação do Serviço Social na saúde brasileira e as particularidades das práticas em contextos de alta complexidade hospitalar, apresentaremos, a seguir, a análise da pesquisa, correlacionando-a com os temas discutidos.

3 O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA DAS PRÁTICAS EM CONTEXTOS DE ALTA COMPLEXIDADE

Neste terceiro capítulo, apresentaremos o contexto hospitalar, cenário das intervenções do(a) assistente social da presente pesquisa. Em seguida, analisaremos os dados obtidos a partir da revisão da literatura sobre a atuação do Serviço Social, com ênfase no trabalho do(a) assistente social na área da saúde, particularmente nas ações e práticas desenvolvidas na alta complexidade hospitalar. Essa análise será fundamentada na produção acadêmica registrada no catálogo de teses e dissertações da Capes, abrangendo o período de 2010 a 2023.

3.1 O CENÁRIO DAS AÇÕES DO(A) ASSISTENTE SOCIAL: O ÂMBITO HOSPITALAR

Para compreender as peculiaridades do trabalho do(a) assistente social na saúde, especialmente nas suas ações e intervenções na alta complexidade hospitalar, é necessário entender o que representa esse espaço. Qual é o seu significado? Trata-se de um ambiente voltado predominantemente para o exercício da medicina? A seguir, exploraremos essas questões.

No decorrer do século passado, a assistência médico-hospitalar tornou-se significativamente mais complexa, acompanhada por um alto grau de especialização. Como resultado, os hospitais passaram por um processo de diversificação considerável. Atualmente, existem vários tipos de hospitais, como os gerais, os especializados, os de emergência, os de ensino e pesquisa, os locais, os de referência, os de agudos, os de apoio, entre outros. Dessa forma, o termo “hospital” engloba uma grande variedade de unidades de saúde, que variam em porte e função, oferecendo diferentes serviços e desempenhando papéis distintos dentro do sistema de atendimento à saúde (Braga Neto *et al.*, 2012).

Apesar da diversidade desses estabelecimentos, todos eles possuem um ponto em comum: a oferta de cuidados de saúde a pacientes internados em leitos hospitalares, disponíveis 24 horas por dia. Essa atividade específica – a hospitalização –, que só pode ser realizada nesse tipo de ambiente, é o que confere

a essas instituições uma identidade distinta. Em suma, é a prestação de serviços de assistência à saúde em regime de internação que caracteriza uma organização como hospital (Braga Neto *et al.*, 2012).

De acordo com Nascimento (2011) a atenção hospitalar representa o nível mais avançado e complexo de assistência à saúde. Nesse contexto, os serviços prestados abrangem os níveis de média e alta complexidade, caracterizando-se pela variedade de especialidades médicas, pela alta qualificação dos profissionais e pelo uso de tecnologias sofisticadas (Nascimento, 2011, p. 103).

Além disso, os hospitais podem ser classificados de acordo com seu regime de propriedade, sendo públicos ou privados. Os hospitais públicos são definidos pela esfera de governo à qual pertencem – federal, estadual ou municipal – e pela forma jurídica sob a qual operam, ou seja, se estão vinculados à administração pública direta ou, no caso da administração indireta, podem atuar como autarquias, fundações ou empresas estatais (Braga Neto *et al.*, 2012).

Os hospitais privados no Brasil são geralmente classificados em duas categorias: com fins lucrativos e sem fins lucrativos, sendo que, no segundo caso, muitos têm caráter beneficente ou filantrópico. Além disso, é comum que se faça a distinção quanto ao tipo de público atendido, já que esses hospitais podem oferecer serviços a pacientes do SUS – nos casos de hospitais privados conveniados ou contratados com o Sistema Único de Saúde –, a beneficiários de planos de saúde privados ou, ainda, a pacientes particulares, que pagam diretamente pelos serviços. A grande maioria dos hospitais privados no país atende a essas diversas categorias de pacientes (Braga Neto *et al.*, 2012).

De acordo com Feuerwerker e Cecílio (2007), no ambiente hospitalar, a qualidade da atenção depende do trabalho coletivo entre diversos profissionais de diferentes áreas. O cuidado oferecido ao paciente resulta de uma série de pequenos cuidados parciais, que se intercalam e se complementam, de forma explícita ou implícita, por meio da interação entre os distintos membros da equipe de saúde. Dessa maneira, uma rede complexa de ações, procedimentos, fluxos, rotinas e conhecimentos se entrelaça, criando o processo de cuidado em saúde, que envolve tanto complementaridade quanto competição. A maneira como as práticas dos trabalhadores são integradas no hospital determina a integralidade da atenção prestada ao paciente (Feuerwerker; Cecílio, 2007, p. 967).

Conforme apontam Moraes *et al.* (2018), o hospital, enquanto instituição que deve refletir e desenvolver estratégias de intervenção para atender às necessidades sociais dos indivíduos, deve ser visto como parte essencial de uma abordagem ampliada da integralidade do cuidado. Nesse lugar, circulam diferentes sujeitos, com necessidades diversas e em distintas fases de suas vidas (Moraes *et al.*, 2018, p. 378).

Historicamente, na área da saúde, a medicina é vista como a profissão de maior destaque, sendo que outras áreas assistenciais da saúde são frequentemente consideradas derivadas dela (Bettioli, 2010). Nesse cenário, o elevado prestígio e status que os médicos possuem, tanto nos serviços de saúde quanto na sociedade, conferem-lhes uma posição de destaque, o que também se reflete no seu papel na formulação de políticas de saúde e na manutenção do modelo “biomédico” dominante (Bettioli, 2010), aspecto que ainda permanece, conforme veremos na análise da pesquisa.

Embora mudanças tenham ocorrido, impulsionadas pela expansão do ensino superior na área da saúde e pelo aumento da oferta de profissionais, essas transformações não foram suficientes para alterar a hierarquia de status social associada às profissões consideradas “mais tradicionais” na saúde, como a medicina. A saúde é um campo composto por diversas profissões, cada uma com seu próprio estatuto profissional, que se traduz em diferentes níveis de reconhecimento social e econômico, prestígio e poder (Bettioli, 2010).

Ante a esse cenário, a seguir serão apresentados os dados obtidos a partir da revisão da literatura sobre a atuação do Serviço Social, com ênfase no trabalho do(a) assistente social na área da saúde, particularmente nas ações e práticas desenvolvidas na alta complexidade hospitalar. A análise será fundamentada na produção acadêmica registrada no catálogo de teses e dissertações da Capes, referente ao período de 2010 a 2023. O objetivo é identificar e discutir: qual é o papel dos(as) assistentes sociais na alta complexidade? Quais ações desempenham? Quais são as demandas mais recorrentes e como respondem profissionalmente a elas? As respostas estão alinhadas com o Código de Ética Profissional e o Projeto Ético-Político do Serviço Social?

3.2 PANORAMA INICIAL DA PESQUISA

O objetivo desta pesquisa é aprofundar o conhecimento sobre o trabalho do(a) assistente social na alta complexidade hospitalar e contribuir para uma compreensão mais ampla das práticas e desafios enfrentados nessa área.

Diversos autores já abordaram, de forma direta ou indireta, temáticas semelhantes, como Bravo (2009, 2011, 2013), Matos (2013), Soares (2010, 2024), Vasconcelos (2012), entre outros. Dessa forma, nossa pesquisa busca examinar o estágio atual da produção de conhecimento sobre a atuação do(a) assistente social na alta complexidade hospitalar, identificando as demandas mais recorrentes, as possíveis respostas profissionais dadas a essas demandas e se elas estão em sintonia com o Código de Ética Profissional (Barroco; Terra, 2012) e o Projeto Ético-Político da profissão.

Para atingir o resultado desta pesquisa, compreendemos a necessidade de um cuidado maior quanto à delimitação metodológica, de forma que os métodos e técnicas que foram utilizados no percorrer deste estudo possibilitassem uma maior aproximação com o campo pesquisado.

De acordo com Lakatos e Marconi (2003, p. 225), a revisão teórica

pesquisa alguma parte hoje da estaca zero. Mesmo que exploratória, isto é, de avaliação de uma situação concreta desconhecida, em um dado local, alguém ou um grupo, em algum lugar, já deve ter feito pesquisas iguais ou semelhantes, ou mesmo complementares de certos aspectos da pesquisa pretendida. Uma procura de tais fontes, documentais ou bibliográficas, torna-se imprescindível para a não duplicação de esforços, a não "descoberta" de ideias já expressas, a não-inclusão de "lugares-comuns" no trabalho.

Dessa forma, utilizei a seguinte metodologia: uma revisão de literatura sobre a produção do Serviço Social referente ao trabalho do(a) assistente social na saúde, com ênfase nas ações desenvolvidas na alta complexidade. Para tanto, foram analisadas teses e dissertações disponíveis no catálogo da Capes, abrangendo o período de 2010 a 2023.

A revisão de literatura consiste em um processo sistemático de busca, análise e síntese de informações ou evidências que possibilitam responder a uma questão específica de pesquisa.

A esse respeito, Lima e Mioto (2007, p. 38) explicam que

não é raro que a pesquisa bibliográfica apareça caracterizada como revisão de literatura ou revisão bibliográfica. Isto acontece porque falta compreensão de que a revisão de literatura é apenas um pré-requisito para a realização de toda e qualquer pesquisa, ao passo que a pesquisa bibliográfica implica em um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório.

Para realizar o levantamento no catálogo de teses e dissertações da Capes, iniciei definindo as palavras-chave utilizadas na busca: “serviço social”, “saúde” e “trabalho profissional”. Com base nesses termos, conduzi a pesquisa no catálogo, delimitando o período entre 2010 e 2023. Nessa busca, além dos cursos de mestrado e doutorado, também foram identificados 14 cursos de mestrado profissional nas seguintes áreas: Educação Profissional em Saúde, Enfermagem, Gestão de Políticas Públicas, Saúde da Família, Administração, Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local, Saúde Coletiva, Saúde Pública Baseada em Evidências, Saúde e Gestão do Trabalho e Sistemas de Gestão, conforme demonstrado na Tabela 1:

Tabela 1 – Levantamento de produção acadêmica: teses e dissertações no catálogo da Capes

Palavras-chave		Serviço Social, Saúde e Trabalho Profissional		
Total	Ano	Mestrado Acadêmico	Doutorado Acadêmico	Mestrado Profissional
52	2010	36	13	3
61	2011	43	13	5
61	2012	44	11	6
0	2013	0	0	0
0	2014	0	0	0
0	2015	0	0	0
1	2016	1	0	0
4	2017	4	0	0
3	2018	3	0	0
3	2019	3	0	0
7	2020	7	0	0
5	2021	5	0	0
4	2022	2	2	0
7	2023	4	3	0
Total de resultados	-	Dissertações	Teses	Dissertações
208	-	152	42	14

Fonte: Elaborada pela autora (2025), a partir de dados da própria pesquisa.

Em seguida, realizei a leitura dos resumos das teses e dissertações que continham pelo menos uma das três palavras-chave definidas. Esses resumos foram avaliados com a finalidade de verificar se abordavam, de fato, o trabalho do(a) assistente social na alta complexidade hospitalar em saúde. As pesquisas que não atendiam a esse critério foram descartadas, restando 27 dissertações e 7 teses, conforme apresentado na Tabela 2:

Tabela 2 – Revisão da produção acadêmica no catálogo de teses e dissertações da Capes: levantamento quantitativo e qualitativo

Palavras-chave	Serviço Social, Saúde e Trabalho Profissional		
	Total	Ano	Mestrado
6	2010	2	4
5	2011	4	1
9	2012	9	0
0	2013	0	0
0	2014	0	0
0	2015	0	0
0	2016	0	0
1	2017	1	0
3	2018	3	0
1	2019	1	0
3	2020	3	0
2	2021	2	0
1	2022	0	1
3	2023	2	1
Total de resultados	-	Dissertações	Teses
34	-	27	7

Fonte: Elaborada pela autora (2025), a partir de dados da própria pesquisa.

Após a qualificação, considerando as sugestões da banca, identificamos a importância de delimitar ainda mais a escolha dos textos, focando especificamente no âmbito hospitalar, que é o objeto do nosso estudo. Dessa forma, foram descartadas as pesquisas que tratavam do trabalho do(a) assistente social na saúde em contextos distintos do hospitalar (UPAs, CAPs). Com esse refinamento, foram analisados 13 trabalhos, sendo 11 dissertações e 2 teses¹⁸, conforme apresentado na Tabela 3:

¹⁸ Inicialmente, seriam 3 teses a serem analisadas, mas a autora não disponibilizou o arquivo no repositório institucional da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista, e a instituição não recebeu o exemplar físico.

Tabela 3 – Levantamento e análise da produção acadêmica: teses e dissertações no catálogo Capes

Palavras-chave	Serviço Social, Saúde e Trabalho Profissional			
	Total	Ano	Mestrado	Doutorado
	2	2010	1	1
	4	2011	3	1
	2	2012	2	0
	0	2013	0	0
	0	2014	0	0
	0	2015	0	0
	0	2016	0	0
	0	2017	0	0
	2	2018	2	0
	0	2019	0	0
	0	2020	0	0
	1	2021	1	0
	0	2022	0	0
	3	2023	2	1
Total de resultados	-		Dissertações	Teses
	14	-	11	3

Fonte: Elaborada pela autora (2025), a partir de dados da própria pesquisa.

Ao analisar a Tabela 3, observamos que, até a data final da realização da pesquisa (abril/2024), existe uma lacuna na produção sobre essa temática nos anos de 2013 a 2017, 2019, 2020 e 2022. Essa ausência pode ser explicada por diversos fatores relacionados às mudanças no contexto da política de saúde brasileira, como o foco nas ações emergenciais, conforme já colocado e que será pormenorizado adiante.

Quanto à formação profissional dos autores¹⁹, todos os 13 são graduados em Serviço Social. Além disso, 1 autora possui graduação em Pedagogia, 1 está cursando Direito, 5 são docentes e 2 são servidores públicos, sendo um estadual e o outro federal.

Dos 13 autores analisados, apenas 1 é do sexo masculino, o que corrobora o histórico da profissão, predominantemente composta por mulheres. Segundo pesquisa realizada pelo Cfess (2022), mais de 90% dos profissionais de Serviço Social são mulheres, conforme apresentado no Quadro 1.

¹⁹ Informações coletadas na Plataforma Lattes: <https://lattes.cnpq.br/>

Quadro 1 – Dados dos autores e trabalho acadêmico

(continua)

Stricto sensu	Título – Ano – PPG	Autor(a)	Profissão do(a) autor(a)
Mestrado	<p>O fazer profissional do (a) assistente social na saúde: uma análise das condições de trabalho no âmbito hospitalar em Natal/RN – Processo de trabalho em saúde: uma análise das condições de trabalho dos assistentes sociais no âmbito hospitalar (2010)</p> <p><u>Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte</u></p>	Érika Silva Meneses	Assistente Social
	<p>O trabalho dos assistentes sociais no âmbito hospitalar: as particularidades da sua inserção no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), em Natal/RN (2011)</p> <p><u>Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte</u></p>	Mônica Matias Rafael do Nascimento	Assistente Social E Pedagoga
	<p>Serviço Social e Política de Saúde no Brasil: estudo de uma experiência em um hospital universitário (2011)</p> <p><u>Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-Rio</u></p>	Viviane Maurício Figueiredo	Assistente Social e Servidora Pública na UERJ
	<p>A prática profissional do Serviço Social nos hospitais universitários: um estudo do Rio de Janeiro (2011)</p> <p><u>Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro</u></p>	Débora Holanda Leite	Assistente Social e Docente
	<p>Desafios contemporâneos para o Projeto Ético-Político do Serviço Social: cotidiano profissional dos assistentes sociais em uma grande emergência (2012)</p> <p><u>Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro</u></p>	Verônica Cristina de Oliveira	Assistente Social

Quadro 1 – Dados dos autores e trabalho acadêmico

(continuação)

Stricto sensu	Título – Ano – PPG	Autor(a)	Profissão do(a) autor(a)
Mestrado	<p>Avaliação da prática e a prática da avaliação: desafios ao serviço social na saúde (2012)</p> <p><u>Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)</u></p>	Nancy Mieko Igarashi	Assistente Social
	<p>O trabalho da (o) assistente social no HC-UFTM: demandas sociais e respostas profissionais (2018)</p> <p><u>Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”</u></p>	Tatiane Campos Fernandes	Assistente Social
	<p>O Serviço Social na Santa Casa de Franca/SP: estudo sobre atuação profissional na perspectiva da efetivação do direito à saúde (2018)</p> <p><u>Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”</u></p>	Gabriela Cristina Braga Bisco	Assistente Social e Docente
	<p>Saúde e Serviço Social: particularidades e desafios do trabalho profissional na alta complexidade em Manaus (2021)</p> <p><u>Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas</u></p>	Clívia Costa Barroco	Assistente Social

Quadro 1 – Dados dos autores e trabalho acadêmico

(conclusão)

Stricto sensu	Título – Ano – PPG	Autor(a)	Profissão do(a) autor(a)
Mestrado	Serviço Social na Saúde: Tendências do exercício profissional em tempos de pandemia da Covid-19 no hospital de clínicas no município de Campina Grande- PB (2023) <u>Pós-graduação em Serviço na Universidade Estadual da Paraíba</u>	Jousiele Ferreira Simplício de Oliveira	Assistente Social e Docente
	O trabalho do Serviço Social no hospital federal de Bonsucesso, no Rio de Janeiro, nos anos de 2020 e 2021: entre a “epidemia da precarização” e a pandemia da Covid-19 (2023) <u>Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense/UFF</u>	Jefferson Ferraz Gonçalves	Assistente Social, Servidor Público Federal e Graduando em Direito
Doutorado	A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social (2010) <u>Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco</u>	Raquel Cavalcante Soares	Assistente Social e Docente
	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) <u>Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)</u>	Ana Paula Rocha de Sales Miranda	Assistente Social e Docente

Fonte: Elaborado pela autora (2025), a partir de dados da própria pesquisa.

Os 13 trabalhos encontrados são originários de diferentes localidades e universidades brasileiras, conforme detalhado no Quadro 2. Observa-se que a maior parte das produções são da Região Sudeste do Brasil, com quatro estudos originados em São Paulo e quatro no Rio de Janeiro, o que reflete a maior concentração de programas de mestrado e doutorado nessa região.

Quadro 2 – Dados das universidades e suas respectivas localidades

	Localidade	Universidade
Mestrado	Amazonas	Universidade Federal do Amazonas (UFAM)
	Paraíba	Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campus Campina Grande
	Rio de Janeiro	Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ)
	Rio de Janeiro	Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)
	Rio de Janeiro	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
	Rio de Janeiro	Universidade Federal Fluminense (UFF)
	Rio Grande do Norte	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
	Rio Grande do Norte	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
	São Paulo	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC – SP)
	São Paulo	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (FRANCA)
	São Paulo	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (FRANCA)
Doutorado	Pernambuco	Universidade Federal de Pernambuco
	São Paulo	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC – SP)

Fonte: Elaborado pela autora (2025), a partir de dados da própria pesquisa.

Os dados relacionados à origem das instituições dos 13 trabalhos analisados estão apresentados na Tabela 4. Nota-se que a maior parte das produções está concentrada em instituições federais.

Tabela 4 – Dados sobre a origem das instituições

Instituição	Dissertações	Teses
Federal	5	1
Estadual	4	0
Privada/comunitária	2	1

Fonte: Elaborada pela autora (2025), a partir de dados da própria pesquisa.

Os dados relacionados aos programas de pós-graduação aos quais os trabalhos estão vinculados estão apresentados no Quadro 3.

Verificamos que 12 trabalhos estão vinculados ao Programa de Pós-Graduação (PPG) em Serviço Social, enquanto 1 está vinculado ao PPG em Política Social. Todos os programas analisados integram a área 32 da Capes.

Quadro 3 – Dados sobre a vinculação aos Programas de Pós-Graduação

Mestrado	Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense
	Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social
	Serviço Social
	Serviço Social
	Serviço Social
	Serviço Social
	Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
	Serviço Social da PUC-Rio
	Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia
	Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba
	Serviço Social, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Doutorado	Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social
	Serviço Social

Fonte: Elaborado pela autora (2025), a partir de dados da própria pesquisa.

Concluído este primeiro panorama da pesquisa, avançaremos para a segunda parte, na qual abordaremos a metodologia de pesquisa adotada nos textos selecionados e as demandas profissionais mais frequentes encontradas nos estudos. Além disso, analisaremos se essas demandas estão alinhadas com os documentos que norteiam a profissão e procuraremos compreender, de forma mais abrangente, as práticas e os desafios enfrentados no contexto da alta complexidade hospitalar.

3.3 DESAFIOS E PRÁTICAS PROFISSIONAIS NA ALTA COMPLEXIDADE: UMA ANÁLISE DA METODOLOGIA DE PESQUISA

Neste próximo item, analisaremos as práticas profissionais do(a) assistente social em contextos de alta complexidade hospitalar, identificando as demandas mais recorrentes e as respostas profissionais. Além disso, verificaremos se essas respostas estão alinhadas com o Código de Ética Profissional e o Projeto Ético-Político. Para sistematizar as questões abordadas nas dissertações e teses, elaboramos um roteiro (Apêndice A), que servirá de base para a análise dos dados.

Dos 13 trabalhos analisados, verificamos que, entre as 11 dissertações investigadas, 9 autores utilizaram uma abordagem metodológica que envolveu

pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e pesquisa de campo, enquanto 2 autores optaram por uma metodologia que combinou apenas pesquisa bibliográfica e documental. Quanto às 2 teses analisadas, ambos os autores adotaram o percurso metodológico que incluiu pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e pesquisa de campo. Os dados são apresentados no Quadro 4.

Quadro 4 – Dados sobre a metodologia de pesquisa

(continua)

Stricto Sensu	Título – Ano – PPG	Autor(a)	Metodologia de Pesquisa
Mestrado	<p>O fazer profissional do (a) assistente social na saúde: uma análise das condições de trabalho no âmbito hospitalar em Natal/RN – Processo de trabalho em saúde: uma análise das condições de trabalho dos assistentes sociais no âmbito hospitalar (2010)</p> <p><u>Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte</u></p>	Érika Silva Meneses	Pesquisa bibliográfica, observação de campo e entrevistas realizadas com assistentes sociais.
	<p>O trabalho dos assistentes sociais no âmbito hospitalar: as particularidades da sua inserção no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), em Natal/RN (2011)</p> <p><u>Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte</u></p>	Mônica Matias Rafael do Nascimento	Pesquisa bibliográfica, documental e pesquisa de campo/entrevistas realizadas com assistentes sociais.
	<p>Serviço Social e Política de Saúde no Brasil: estudo de uma experiência em um hospital universitário (2011)</p> <p><u>Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-Rio</u></p>	Viviane Maurício Figueiredo	Pesquisa de campo/entrevistas realizadas com assistentes sociais.
	<p>A prática profissional do Serviço Social nos hospitais universitários: um estudo do Rio de Janeiro (2011)</p> <p><u>Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro</u></p>	Débora Holanda Leite	Revisão de literatura pesquisa de campo/entrevistas realizadas com assistentes sociais.

Quadro 4 – Dados sobre a metodologia de pesquisa

(continuação)

Stricto Sensu	Título – Ano – PPG	Autor(a)	Metodologia de Pesquisa
Mestrado	<p>Desafios contemporâneos para o Projeto Ético-Político do Serviço Social: cotidiano profissional dos assistentes sociais em uma grande emergência (2012)</p> <p><u>Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro</u></p>	Verônica Cristina de Oliveira	Pesquisa bibliográfica, coleta de dados/entrevista, observação de campo, análise documental dos documentos que expressam os registros e avaliações do trabalho desempenhado pelos assistentes sociais.
	<p>Avaliação da prática e a prática da avaliação: desafios ao serviço social na saúde (2012)</p> <p><u>Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)</u></p>	Nancy Mieko Igarashi	Pesquisa documental, bibliográfica, pesquisa de campo/entrevistas realizadas com assistentes sociais.
	<p>O trabalho da (o) assistente social no HC-UFTM: demandas sociais e respostas profissionais (2018)</p> <p><u>Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”</u></p>	Tatiane Campos Fernandes	Pesquisa bibliográfica, documental coleta de dados/entrevista em campo.
	<p>O Serviço Social na Santa Casa de Franca/SP: estudo sobre atuação profissional na perspectiva da efetivação do direito à saúde (2018)</p> <p><u>Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”</u></p>	Gabriela Cristina Braga Bisco	Pesquisa bibliográfica e documental

Quadro 4 – Dados sobre a metodologia de pesquisa

(continuação)

Stricto Sensu	Título – Ano – PPG	Autor(a)	Metodologia de Pesquisa
Mestrado	<p>Saúde e Serviço Social: particularidades e desafios do trabalho profissional na alta complexidade em Manaus (2021)</p> <p><u>Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas</u></p>	Clívia Costa Barroco	Pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e pesquisa de campo, sendo esta última conduzida de forma remota com o suporte da Plataforma <i>Google Forms</i> .
	<p>Serviço Social na Saúde: Tendências do exercício profissional em tempos de pandemia da Covid-19 no hospital de clínicas no município de Campina Grande- PB (2023)</p> <p><u>Pós-graduação em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba</u></p>	Jousiele Ferreira Simplicio de Oliveira	Pesquisa bibliográfica, documental e de campo/entrevista.
	<p>O trabalho do Serviço Social no hospital federal de Bonsucesso, no Rio de Janeiro, nos anos de 2020 e 2021: entre a “epidemia da precarização” e a pandemia da Covid-19 (2023)</p> <p><u>Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense/UFF</u></p>	Jefferson Ferraz Gonçalves	Pesquisa bibliográfica e documental
Doutorado	<p>A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social (2010)</p> <p><u>Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco</u></p>	Raquel Cavalcante Soares	Pesquisa bibliográfica, documental e pesquisa de campo/entrevistas realizadas com assistentes sociais.

Quadro 4 – Dados sobre a metodologia de pesquisa

(conclusão)

Stricto Sensu	Título – Ano – PPG	Autor(a)	Metodologia de Pesquisa
Doutorado	<p>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)</p> <p><u>Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)</u></p>	Ana Paula Rocha de Sales Miranda	Pesquisa bibliográfica, documental e pesquisa de campo/entrevistas realizadas com assistentes sociais.

Fonte: Elaborado pela autora (2025), a partir de dados da própria pesquisa.

No que se refere à pesquisa de campo, o Quadro 5 apresenta a relação dos hospitais identificados na coleta de dados e o quantitativo de assistentes sociais que foram entrevistadas em cada trabalho.

Quadro 5 – Panorama geral de hospitais e número de assistentes sociais entrevistados

(continua)

Stricto Sensu	Título – Ano – PPG	Hospitais	Nº AS entrevistadas
Mestrado	<p>O fazer profissional do (a) assistente social na saúde: uma análise das condições de trabalho no âmbito hospitalar em Natal/RN – Processo de trabalho em saúde: uma análise das condições de trabalho dos assistentes sociais no âmbito hospitalar (2010)</p> <p><u>Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte</u></p>	<p>Hospitais públicos estaduais Hospital Dr. José Pedro Bezerra Hospital Coronel Pedro Germano Hospital Monsenhor Hospital Giselda Hospital Infantil</p>	5 AS
	<p>O trabalho dos assistentes sociais no âmbito hospitalar: as particularidades da sua inserção no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), em Natal/RN (2011)</p> <p><u>Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte</u></p>	Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL-RN)	11 AS
	<p>Serviço Social e Política de Saúde no Brasil: estudo de uma experiência em um hospital universitário (2011)</p> <p><u>Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-Rio</u></p>	HUPE	3 AS
	<p>A prática profissional do Serviço Social nos hospitais universitários: um estudo do Rio de Janeiro (2011)</p> <p><u>Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro</u></p>	HUAP HUCFF HUGG HUPE	33 AS

Quadro 5 – Panorama geral de hospitais e número de assistentes sociais entrevistados

(continuação)

Stricto Sensu	Título – Ano – PPG	Hospitais	Nº AS entrevistadas
Mestrado	Desafios contemporâneos para o Projeto Ético-Político do Serviço Social: cotidiano profissional dos assistentes sociais em uma grande emergência (2012) <u>Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro</u>	Hospital Estadual de Emergência	15 AS
	Avaliação da prática e a prática da avaliação: desafios ao serviço social na saúde (2012) <u>Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)</u>	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP)	8 AS
	O trabalho da (o) assistente social no HC-UFTM: demandas sociais e respostas profissionais (2018) <u>Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”</u>	Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)	5 AS
	O Serviço Social na Santa Casa de Franca/SP: estudo sobre atuação profissional na perspectiva da efetivação do direito à saúde (2018) <u>Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”</u>	Santa Casa de Franca (documental)	-

Quadro 5 – Panorama geral de hospitais e número de assistentes sociais entrevistados

(continuação)

Stricto Sensu	Título – Ano – PPG	Hospitais	Nº AS entrevistadas
Mestrado	<p>Saúde e Serviço Social: particularidades e desafios do trabalho profissional na alta complexidade em Manaus (2021)</p> <p><u>Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas</u></p>	<p>Hospital Pronto Socorro 28 de agosto Hospital Dr. João Lúcio Pereira Machado Hospital Universitário Getúlio Vargas Hospital Universitário Francisca Mendes Fundação Hospital Adriano Jorge</p>	20 AS
	<p>Serviço Social na Saúde: Tendências do exercício profissional em tempos de pandemia da Covid-19 no hospital de clínicas no município de Campina Grande- PB (2023)</p> <p><u>Pós-graduação em Serviço na Universidade Estadual da Paraíba</u></p>	Hospital das Clínicas	8 AS
	<p>O trabalho do Serviço Social no hospital federal de Bonsucesso, no Rio de Janeiro, nos anos de 2020 e 2021: entre a “epidemia da precarização” e a pandemia da Covid-19 (2023)</p> <p><u>Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense/UFF</u></p>	Hospital Federal de Bonsucesso (pesquisa bibliográfica e documental)	-

Quadro 5 – Panorama geral de hospitais e número de assistentes sociais entrevistados

(conclusão)

Stricto Sensu	Título – Ano – PPG	Hospitais	Nº AS entrevistadas
Doutorado	A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social (2010) <u>Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco</u>	Hospitais da rede pública ²⁰	192 AS
	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) <u>Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)</u>	Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW)	18 AS

Fonte: Elaborado pela autora (2025), a partir de dados da própria pesquisa.

²⁰ Foram aplicados 192 formulários de entrevista estruturada, com questões fechadas e algumas questões abertas, aos assistentes sociais que participaram do Seminário Nacional de Serviço Social e Saúde, promovido pelo conjunto Cfess/Cress, em junho de 2009, no Recife (Soares, 2010).

É interessante observar que um número significativo de hospitais universitários foi utilizado como cenário para as pesquisas. Esse dado é relevante, pois os hospitais universitários representam também um espaço de resistência para a atuação do(a) assistente social, além de oferecerem possibilidades de transformação e formação profissional, dada a relação intrínseca entre saúde e educação. No entanto, como analisado na pesquisa de Leite (2011, p. 310), ainda há obstáculos a serem enfrentados.

Mesmo com essas dificuldades, as equipes de Serviço Social dos HU se colocam em frequente embate para ampliação e reconhecimento dentro desses espaços por meio de um posicionamento crítico e comprometido com princípios e valores defendidos pela categoria profissional. Mas sabemos que alguns profissionais têm dificuldade de propor estratégias que transponham essas situações e tendem a realizar práticas profissionais rotineiras e burocráticas, visando apenas atender às demandas apresentadas pelos usuários, pelos profissionais de saúde ou pela direção das unidades, de maneira imediatista e emergencial, sem refletir sobre a sua prática profissional.

Conforme discutido no capítulo anterior, o documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” (CFESS, 2010) destaca quatro eixos centrais da atuação profissional: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; e assessoria, qualificação e formação profissional.

A seguir, serão apresentadas as demandas e requisições identificadas na pesquisa sobre a atuação do(a) assistente social na alta complexidade hospitalar. Posteriormente, será feita uma síntese das demandas mais frequentes, correlacionando-as com os eixos mencionados no referido documento.

As demandas e requisições mais comuns, identificadas tanto nas entrevistas com os assistentes sociais quanto na pesquisa documental analisada, estão detalhadas no Quadro 6.

Quadro 6 – Análise das demandas e requisições mais comuns ao Serviço Social no contexto de alta complexidade

TÍTULO: O fazer profissional do (a) assistente social na saúde: uma análise das condições de trabalho no âmbito hospitalar em Natal/RN – Processo de trabalho em saúde: uma análise das condições de trabalho dos assistentes sociais no âmbito hospitalar

ANO: 2010

AUTOR(A): Érika Silva Meneses

ORIENTADOR(A): Profa. Dra. Íris Maria de Oliveira

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (PPG): Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

STRICTO SENSU: Mestrado

DEMANDAS E REQUISIÇÕES:

1. Ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde;
2. Agilizar ambulâncias;
3. Assistencialismo através da ideologia do favor;
4. Atuação psicossocial (psicólogo e assistente social em atendimento multidisciplinar);
5. Autorização de visita fora do horário estabelecido;
6. Intermediar a flexibilização de normas;
7. Seleção socioeconômica.

TÍTULO: O trabalho dos assistentes sociais no âmbito hospitalar: as particularidades da sua inserção no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), em Natal/RN

ANO: 2011

AUTOR(A): Mônica Matias Rafael do Nascimento

ORIENTADOR(A): Profa. Dra. Rita de Lourdes de Lima

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (PPG): Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

STRICTO SENSU: Mestrado

DEMANDAS E REQUISIÇÕES:

1. Agilização de vaga para internamento/transferência;
2. Assessoria para organização das assembleias das associações (hipertensos e diabéticos, entre outros);
3. Cadastramento/inscrição/registro com definição da elegibilidade para a inserção dos usuários nos atendimentos ambulatoriais, levando em consideração a hierarquização da rede assistencial de saúde;
4. Comunicação de quadro clínico à família;
5. Discussão dos casos clínicos com a equipe multiprofissional;
6. Falta de vagas, marcação de determinadas consultas;

7. Interface com as secretarias municipais de saúde e demais órgãos governamentais, a fim de dar resolutividade às questões suscitadas pelos usuários internados e ambulatoriais;
8. Laudo social;
9. Localização da família de usuários internados;
10. Mediação com os outros profissionais em relação ao tratamento e solicitações dos usuários;
11. Orientações e requerimentos pertinentes à documentação necessária ao acesso aos serviços de saúde especializados;
12. Orientações aos acompanhantes;
13. Orientações para lidar com a doença;
14. Orientações previdenciárias e assistenciais;
15. Orientações sobre o tratamento;
16. Orientações sobre realização de outros procedimentos extramuros institucionais;
17. Providências quanto às situações de violência que envolvam os usuários, sejam eles: idosos/mulheres/crianças;
18. Orientações sobre transferência interna do hospital, como da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para a enfermaria e/ou para outra unidade hospitalar;
19. Palestras/Grupos educativos e multiplicadores;
20. Participação na comunicação de óbito e/ou convocar a família para que seja comunicado o óbito;
21. Participação na orientação multiprofissional dos cuidadores;
22. Participação nos processos de alta que demandam atendimento domiciliar e/ou asilamento;
23. Providências para a aquisição de medicamentos que não estão padronizados na instituição hospitalar e que são necessários ao processo terapêutico dos usuários;
24. Solicitação de agendamento de consultas/exames e outras demandas. Conhecimento rotina e/ou recursos intra e extrainstitucionais;
25. Solicitação de transporte às prefeituras do interior, bem como adoção das providências necessárias, considerando a condição clínica do usuário e as condições adequadas de seu deslocamento para outra unidade hospitalar e/ou seu domicílio, no caso de alta hospitalar.

TÍTULO: Serviço Social e Política de Saúde no Brasil: estudo de uma experiência em um hospital universitário

ANO: 2011

AUTOR(A): Viviane Maurício Figueiredo

ORIENTADOR(A): Profa. Dra. Inez Terezinha Stampa

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (PPG): Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-Rio

STRICTO SENSU: Mestrado

DEMANDAS E REQUISIÇÕES:

1. Acompanhamento de alta assistida e visita presencial aos pacientes internos na UTI;
2. Atendimento aos familiares;
3. Conscientização sobre os direitos sociais e comunicação de óbito;

4. Emissão de parecer e laudo.
5. Emissão de relatório social para outros equipamentos e encaminhamentos;
6. Encaminhamento para a rede de assistência social;
7. Encaminhamento para outros serviços públicos e privados, de forma intersetorial;
8. Execução de projetos com vistas a viabilizar o direito do usuário;
9. Orientação aos pacientes;
10. Orientação sobre direitos sociais;
11. Orientações referentes ao fluxo do hospital e serviços prestados pelo SUS;
12. Orientações relativas aos direitos sociais;
13. Atuação no desenvolvimento de projetos do setor, acolhimento e questões relacionadas à gratuidade.

TÍTULO: A prática profissional do Serviço Social nos hospitais universitários: um estudo do Rio de Janeiro

ANO: 2011

AUTOR(A): Débora Holanda Leite

ORIENTADOR(A): Profa. Dra. Janete Luzia Leite

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (PPG): Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro

STRICTO SENSU: Mestrado

DEMANDAS E REQUISIÇÕES:

1. Agilizar alta;
2. Atendimentos de situações de violência intrafamiliar (violência contra mulheres, crianças, adolescentes e idosos);
3. Demandas com que a equipe de saúde não sabe lidar (conflituosa);
4. Demandas de acompanhamento de familiares e usuários;
5. Demandas não específicas (óbitos, transferência, entre outras);
6. Demandas referentes a dificuldades de acesso e a demandas sociais;
7. Demandas reprimidas;
8. Direitos do trabalhador acidentado;
9. Informações sobre direitos da família em decorrência do óbito;
10. Orientação quanto à requisição de auxílio-doença; vale social; Riocard; e Benefício de Prestação Continuada (BPC);
11. Problemas referentes a acompanhantes.

TÍTULO: Desafios contemporâneos para o Projeto Ético-Político do Serviço Social: cotidiano profissional dos assistentes sociais em uma grande emergência

ANO: 2012

AUTOR(A): Verônica Cristina de Oliveira

ORIENTADOR(A): Profa. Dra. Ana Maria de Vasconcelos

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (PPG): Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

STRICTO SENSU: Mestrado

DEMANDAS E REQUISIÇÕES:

1. Ausência de documentação;
2. Comunicação de óbito;
3. Encaminhamento de usuários ao Serviço Social devido à equipe de recepção não identificar, de imediato, a solicitação, incluindo casos relacionados à entrada de objetos no hospital;
4. Situações em que idosos são internados e seus familiares não retornam para buscá-los no momento da alta;
5. Notícias sobre quadro clínico;
6. População em situação de rua que dá entrada na unidade e, ao ter alta, a equipe de Serviço Social tem dificuldade em localizar vaga em abrigo público;
7. Transferência.

TÍTULO: Avaliação da prática e a prática da avaliação: desafios ao Serviço Social na saúde

ANO: 2012

AUTOR(A): Nancy Mieko Igarashi

ORIENTADOR(A): Profa. Dra. Mariangela Belfiore Wanderley

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (PPG): Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)

STRICTO SENSU: Mestrado

DEMANDAS E REQUISIÇÕES:

1. Atendimento ao usuário em situação de tentativa de suicídio;
2. Atendimento às mães menores de idade;
3. Ausência de documentos;
4. Auxílio-transporte;
5. Conflito familiar;
6. Negligência;
7. Orientações sobre previdência e assistência social (BPC/ Lei Orgânica da Assistência Social – Loas), adoção e casos de violência;
8. Paciente em cuidados paliativos, com doença crônica ou em longa permanência;
9. Transferência;
10. Violência contra criança.

TÍTULO: O trabalho da(o) assistente social no HC-UFTM: demandas sociais e respostas profissionais

ANO: 2018

AUTOR(A): Tatiane Campos Fernandes

ORIENTADOR(A): Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (PPG): Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

STRICTO SENSU: Mestrado

DEMANDAS E REQUISIÇÕES:

1. Acesso às medicações e direito às medicações de alto custo ou de custo excepcional, que são judicializadas;
2. Orientações quanto ao auxílio-doença, BPC, questão trabalhista e previdenciária;
3. Transferências;
4. Ausência de familiar;
5. Casa de apoio;
6. Conflitos familiares;
7. Grupo de humanização;
8. Intervenções nas relações de conflitos e/ou situações de impacto emocional;
9. Pendência em relação à documentação;
10. Problema referente à restrição de visitas, questões emocionais;
11. Projetos de iniciação científica;
12. Projetos de sala de espera;
13. Providência de documentos, exames realizados externamente, materiais de higiene;
14. Supervisão de estagiários;
15. Tratamento fora do domicílio.

TÍTULO: O Serviço Social na Santa Casa de Franca/SP: estudo sobre atuação profissional na perspectiva da efetivação do direito à saúde

ANO: 2018

AUTOR(A): Gabriela Cristina Braga Bisco

ORIENTADOR(A): Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (PPG): Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

STRICTO SENSU: Mestrado

DEMANDAS E REQUISIÇÕES:

1. Abandono familiar;
2. Deficiência;

3. Dificuldade de acesso à medicação;
4. Doenças psíquicas;
5. Falta de suporte familiar;
6. Laqueadura;
7. Maternidade precoce;
8. Óbito;
9. Orientações sobre acesso a recursos de saúde;
10. Pré-natal irregular;
11. Preparo de alta hospitalar;
12. Resistência ao tratamento;
13. Retirada de recém-nascido para adoção;
14. Situação de rua;
15. Suicídio;
16. Uso de álcool, tabagismo e drogas;
17. Violência;
18. Vulnerabilidade socioeconômica.

TÍTULO: Saúde e Serviço Social: particularidades e desafios do trabalho profissional na alta complexidade em Manaus

ANO: 2011

AUTOR(A): Clívia Costa Barroco

ORIENTADOR(A): Profa. Dra. Hamida Assunção Pinheiro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (PPG): Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas

STRICTO SENSU: Mestrado

DEMANDAS E REQUISIÇÕES:

1. Acolhimento em caso de óbito e situações de transtorno psicológico sem a contribuição da psicologia;
2. Autorização/Orientação de entrada de acompanhantes e/ou com vestimentas consideradas inadequadas;
3. Autorizações para troca de acompanhante;
4. Comunicação de óbitos;
5. Distribuição de tickets de alimentação;
6. Guarda e pertences dos pacientes;
7. Solicitação de transporte, incluindo ambulância;
8. Solicitações indevidas por parte da equipe de enfermagem, pesagem e medição de crianças;
9. Transferências de pacientes.

TÍTULO: Serviço Social na Saúde: Tendências do exercício profissional em tempos de pandemia da Covid-19 no hospital de clínicas no município de Campina Grande- PB

ANO: 2023

AUTOR(A): Jousiele Ferreira Simplício de Oliveira

ORIENTADOR(A): Profa. Dra. Mônica Barros da Nóbrega

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (PPG): Pós-graduação em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba

STRICTO SENSU: Mestrado

DEMANDAS E REQUISIÇÕES:

1. Acolhimento e orientações;
2. Acolhimento familiar;
3. Alta social;
4. Atendimento a familiares/visitantes;
5. Atendimento social no leito;
6. Emissão de relatório social;
7. Orientações e apoio aos direitos sociais dos familiares, encaminhamento de demandas sanitárias aos municípios para suporte dos pacientes;
8. Orientações em casos de óbito.

TÍTULO: O trabalho do Serviço Social no hospital federal de Bonsucesso, no Rio de Janeiro, nos anos de 2020 e 2021: entre a “epidemia da precarização” e a pandemia da Covid-19

ANO: 2023

AUTOR(A): Jefferson Ferraz Gonçalves

ORIENTADOR(A): Prof. Dr. Carlos Antônio de Souza Moraes

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (PPG): Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense/UFF

STRICTO SENSU: Mestrado

DEMANDAS E REQUISIÇÕES:

1. Acesso a serviços de saúde (exames, cirurgias e tratamentos);
2. Emissão de declarações;
3. Mediação de conflitos dentro e fora da unidade de saúde (incluindo conflitos de ordem familiar);
4. Orientações a respeito de tratamento, políticas, direitos e benefícios sociais, encaminhamentos para a rede socioassistencial e que assegurem acesso a programas sociais;
5. Planejamento;

6. Questões burocráticas quanto à alta hospitalar;
7. Acesso a serviços de saúde (exames, cirurgias e tratamentos);
8. Emissão de declarações.

TÍTULO: A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social

ANO: 2010

AUTOR(A): Raquel Cavalcante Soares

ORIENTADOR(A): Profa. Dra. Ana Maria de Vasconcelos

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (PPG): Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco

STRICTO SENSU: Doutorado

DEMANDAS E REQUISIÇÕES:

1. Acesso aos serviços prestados pela unidade;
2. Ações de controle social;
3. Ações educativas;
4. Acompanhamento dos residentes em campo;
5. Agilização de consultas em pendência;
6. Alta hospitalar;
7. Assessoria da gestão planejamento;
8. Atendimento aos usuários e familiares;
9. Atendimento de demanda reprimida;
10. Atendimento de plantão;
11. Atendimento imediato de assistência ao usuário;
12. atendimentos aos usuários (orientações);
13. Atividades relacionadas à educação em saúde;
14. Atividades relacionadas à mobilização dos usuários;
15. Atividades socioeducativas com os usuários;
16. Capacitação de profissionais;
17. Controle social;
18. Demandas de adolescentes;
19. Demandas e atividades relacionadas a planejamento, assessoria e gestão, participação em conselhos de saúde, fóruns etc.;
20. Demandas espontâneas dos usuários;
21. Demandas individuais dos usuários, ambulatório, Programa Saúde da Família (PSF);
22. Educação continuada;
23. Educação em saúde;

24. Educação popular em saúde;
25. Encaminhamentos;
26. Encaminhar para casa de apoio, abrigo;
27. Estudo e pesquisa;
28. Gravidez;
29. Inclusão dos usuários em serviços;
30. Informação do estado do paciente;
31. Intermediar garantia de transporte ou serviço de transporte;
32. Liberar óbito ou “demandas que não são de competência do Serviço Social”;
33. Localizar a família do usuário;
34. Mobilização dos usuários;
35. Oficinas operativas;
36. Orientação aos usuários para acesso a benefícios socioassistenciais, informações sobre direitos sociais ou trabalhistas;
37. Orientação em relação aos direitos;
38. Orientações individuais sobre o próprio atendimento;
39. Orientações previdenciárias;
40. Orientações sociais;
41. Ouvidoria;
42. Pesquisa;
43. Planejamento das ações;
44. Preceptoria com alunos de graduação de Serviço Social e de outras profissões envolvidos em projetos de extensão da universidade, ensino, reunião/ supervisão;
45. Preceptoria;
46. Providências que viabilizam o acesso do usuário ao serviço;
47. Realização de palestras socioeducativas;
48. Regular vaga em hospital ou transferência para outra unidade de saúde;
49. Relação entre paciente e equipe de saúde durante entrevistas;
50. Situações em que o usuário não é atendido ou é mal atendido;
51. Supervisão;
52. Trabalhos com estudantes;
53. Triagem;
54. Usuários sem documentação e de baixa renda;
55. Viabilizar os serviços de transporte e alimentação.

TÍTULO: 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

ANO: 2011

AUTOR(A): Ana Paula Rocha de Sales Miranda

ORIENTADOR(A): Profa. Dra. Regina Maria Giffoni Marsiglia

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (PPG): Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)

STRICTO SENSU: Doutorado

DEMANDAS E REQUISIÇÕES:

1. Aquisição de medicamentos;
2. Estágio;
3. Mediação de conflitos;
4. Mediação entre hospital e usuários;
5. Notificação de alta ou óbito, rotatividade dos leitos, mediação entre Estratégia Saúde da Família (ESF) e hospital;
6. Orientações a respeito de tratamento;
7. Pesquisa;
8. Políticas, direitos e benefícios sociais;
9. Residência.

Fonte: Elaborado pela autora (2025), a partir de dados da própria pesquisa.

As principais demandas e requisições em comum encontradas na pesquisa foram: solicitação de ambulância; acolhimento/comunicação em caso de óbito; acolhimento em casos de tentativa de autoextermínio; autorização de visita fora do horário estabelecido; emissão de declaração de comparecimento para atendimento que não foi realizado pelo(a) assistente social; agilização de vaga para internamento/transferência; mediação de conflitos entre usuário, hospital e equipe médica; orientações previdenciárias e socioassistenciais; orientação de auxílio-transporte e alimentação; acolhimento com a equipe multiprofissional; e solicitação de medicamentos.

É relevante observar que essas demandas e requisições refletem diversos e importantes fatores, como o desconhecimento dos direitos dos cidadãos, os efeitos das políticas neoliberais na implementação das políticas de saúde, a gestão inadequada dos recursos públicos, a falta de reconhecimento ou diagnóstico de doenças profissionais e/ou acidentes de trabalho, a desinformação sobre os direitos e deveres das instituições e dos usuários, o desconhecimento da legislação (como questões trabalhistas, óbitos, acidentes etc.); além de questões estruturais como pobreza, desnutrição e precarização das relações trabalhistas (CRESS, 2008).

De acordo com Figueiredo (2011, p. 61-62),

o Serviço Social na área da saúde consegue se destacar em relação aos demais profissionais de saúde por ter conhecimento teórico e técnico dos fatores condicionantes e determinantes da saúde da população. Dito de outra forma, ele é o profissional que tem em sua formação conhecimento sobre as demais políticas sociais públicas que precisam estar atreladas à política de saúde para dar conta de fatores como trabalho, renda, alimentação, moradia, educação, saneamento básico, assistência e o total acesso a bens e serviços essenciais à população que sofre as diversas expressões da questão social.

Dessa forma, não foram encontradas, de fato, respostas concretas sobre as ações dos(as) assistentes sociais para sanarem as demandas apresentadas. O que ficou claro foram as sugestões apresentadas pelos pesquisadores.

Ressaltamos que a ausência de planejamento sobre as demandas e requisições apresentadas ao Serviço Social contribui para que a intervenção dos assistentes sociais não esteja em consonância com respostas estratégicas. O levantamento sistematizado das principais demandas e requisições atribuídas ao Serviço Social, além de

favorecer o conhecimento sobre a população usuária dos serviços prestados pela unidade, possibilitaria ao Serviço Social antever suas demandas e buscar alternativas que garantam respostas capazes de atender aos interesses da população (Oliveira, 2012, p. 124).

As falas das participantes enfocam as orientações previdenciárias e judicialização da saúde, a mediação de conflitos familiares e, ainda a mediação com a equipe de saúde (Fernandes, 2018, p. 82).

Essa falta de recursos representa um limite profissional, pois por mais que o assistente social desenvolva ações de fortalecimento de direitos, sozinho ele é incapaz de conseguir a garantia dos mesmos. Para isso é preciso o fortalecimento constante de políticas públicas de proteção social, tanto de assistência quanto de saúde, capazes de atender toda a população de forma universal assim como determinado na Constituição Federal (Bisco, 2018, p. 89).

Isso pode ser exemplificado: quando indagamos sobre a resolutividade das demandas apresentadas ao Serviço Social, os profissionais expuseram que a maior limitação está na conjuntura e na falta de rede de referência para responder às demandas, o que aponta para problemas conjunturais vivenciados pela sociedade brasileira (Leite, 2011, p. 312).

Divisão de Serviço Social organiza reuniões mensais a fim de discutir, coletivamente com a equipe de assistentes sociais, as demandas administrativas, buscando construir respostas às questões colocadas cotidianamente pelos usuários, demais profissionais de saúde e instâncias gestoras da instituição. Assim, como a equipe de assistentes sociais do HUOL procura investir na sua participação em cursos de capacitação, bem como estar presente nos fóruns onde a categoria de assistentes sociais (re)discute e reflete sobre os limites e possibilidades do seu fazer profissional. Tais ações se configuram na presença da categoria em seminários, congressos e eventos similares (Nascimento, 2011, p. 162-163).

Historicamente, o Serviço Social teve uma prática permeada por um discurso humanitário, que foi predominante na gênese da profissão. Nos períodos seguintes, com excessiva burocratização do Estado, a profissão passou a assumir um discurso modernizador, intermediando a relação entre instituições de saúde e a população, para racionalização dos serviços (Bravo, 2013, p. 26).

Igarashi (2012) corrobora essa afirmação.

Percebe-se que na área da saúde a profissão ainda está localizada entre as práticas assistencialistas e humanizadoras sendo esperado que o Serviço Social seja o responsável pelo repasse de recursos materiais àqueles mais vulneráveis (auxílio transporte, alimentação, medicação, enxoval, vestuário, próteses, órteses), que assuma o

preenchimento de documentações que assegurem direitos à saúde (Tratamento Fora de Domicílio , Medicação de Alto Custo, Comunicação de Acidente de Trabalho, isenção tarifária, declarações administrativas), ou ainda que o assistente social seja o elemento que vai dar “humanização” ao atendimento ou ao próprio sistema de saúde como um todo (é frequente que a comunicação dos óbitos seja realizada por assistentes sociais por certamente será mais “acolhedor” ao dar a notícia. Em muitos serviços este profissional está sendo chamado também para assumir ações como ouvidoria e programas de humanização) (Igarashi, 2012, p. 31-32).

Na área da saúde, o(a) assistente social desempenha um papel fundamental na abordagem da determinação social do processo saúde-doença do sujeito, considerando tudo aquilo que tenha interferência no seu processo de tratamento, recuperação, cura e/ou morte e que tenha vinculação com suas condições econômicas, familiares, sociais, culturais etc. Sua atuação concentra-se, sobretudo, no sentido de orientar os usuários quanto ao acesso aos direitos sociais garantidos por lei.

De acordo com Igarashi (2012, p. 25-26),

[...] é importante que o assistente social tenha em mente que este é o espaço em que se dá a construção do Serviço Social enquanto profissão e que, os conflitos são inerentes à sociedade edificada sobre a lógica capitalista de produção. Os direitos, dentre eles a saúde, são assegurados através de lutas, resistências, reivindicações, avanços, retrocessos, num movimento tenso e permeado de disputas principalmente de ordem política e econômica. Os direitos que hoje são socialmente reconhecidos não se constituíram como tal sem a força exercida pelas coletividades e pela sociedade.

Em relação às demandas apresentadas no Quadro 7, observamos que algumas demandas são históricas e ainda permanecem na complexidade hospitalar, como a mediação de conflitos, encaminhamentos para diversas políticas, agilização de consultas pendentes, atendimento imediato de assistência ao usuário, localização de familiares dos usuários, atendimento às demandas espontâneas dos usuários, seleção socioeconômica, atuação multiprofissional, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor, notificação de alta ou óbito, transporte fora do domicílio e emissão de declarações, entre outras.

Com base nos achados da pesquisa, apresenta-se a seguir o Quadro 7, que sistematiza as demandas e as requisições diretamente relacionadas à profissão de

assistente social, além daquelas que, embora não se enquadrem especificamente na área, necessitam ser analisadas para garantir o direito à saúde do(a) usuário(a).

Quadro 7 – Classificação e análise das demandas direcionadas ao Assistente Social

Demandas que correspondem à profissão	Demandas que, embora não se enquadrem diretamente na profissão, mas que devem ser analisadas para garantir que o usuário(a) tenha seu direito à saúde assegurado
<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento familiar; • Alta social; • Atendimento social no leito; Acolhimento e orientações; atendimento a familiares/visitantes; • Auxílio-transporte; atendimento ao usuário; tentativa de suicídio; atendimento às mães menores de idade; • Com doença crônica ou em longa permanência; • Emissão de relatório social, orientações e apoio aos direitos sociais dos familiares; • Negligência; • Negligência, paciente em cuidados paliativos; • Orientações previdenciárias, assistenciais (BPC); • Para adoção; • Violência contra criança; • Violência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autorização de entrada de acompanhantes e/ou com vestimentas consideradas inadequadas; • Comunicação de óbitos; transferências de pacientes, solicitação de transporte, incluindo ambulância; • Distribuição de tickets de alimentação; • Guarda e pertences dos pacientes e autorizações para troca de acompanhante; • Notícias sobre quadro clínico; • Pesagem e medição de crianças; • Acolhimento em situações de transtorno psicológico sem a contribuição da psicologia.

Fonte: Elaborado pela autora (2025), a partir de dados da própria pesquisa.

As demandas que, em geral, não correspondem à profissão, mas que devem ser analisadas, referem-se a situações ou necessidades que podem surgir no contexto da saúde, mas que não são, necessariamente, de responsabilidade direta do(a) assistente social. No entanto, essas demandas precisam ser analisadas e consideradas para assegurar que o direito do usuário(a) de receber cuidados e serviços de saúde seja plenamente respeitado e garantido. O ponto principal é que, embora esse tipo de demanda não esteja dentro das atribuições formais da profissão, pode impactar o acesso ou a qualidade da assistência à saúde do paciente. Portanto, é fundamental que o profissional avalie essas situações de maneira abrangente e

responsável, levando em conta todas as necessidades do(a) usuário(a), mesmo aquelas que extrapolam o escopo direto de sua atuação.

É importante ressaltar que existe uma lógica por trás da não superação destas demandas e requisições, como a autorização de entrada de acompanhantes e/ou o uso de vestimentas consideradas inadequadas, a distribuição de tickets de alimentação, a comunicação de óbitos, as transferências de pacientes, a solicitação de transporte, incluindo ambulância, entre outras. Como vimos no Capítulo 2, esse cenário reflete a disputa existente entre diferentes projetos: a Reforma Sanitária, a Reforma Privatista e o “SUS possível”.

Desde os anos 1990, com a ascensão do neoliberalismo no Brasil, a Reforma Privatista vem promovendo novas estratégias para o desmonte da saúde pública, impactando negativamente a atuação do(a) assistente social na área da saúde, especialmente no setor de alta complexidade hospitalar, objeto deste estudo. Um dos motivos pelos quais essas demandas não são superadas é a influência do neoliberalismo, que preconiza um atendimento mínimo e focalizado, condicionado às precárias condições de trabalho, às longas e excessivas jornadas e aos vários vínculos profissionais. Superar essas demandas são um grande desafio para o(a) assistente social, embora, como afirma Fernandes (2018, p. 111),

o/a assistente social é um/a profissional tem habilidade e competência para se mobilizar e provocar a inquietude na população, objetivando a luta por políticas sociais justas e efetivas, que vão ao encontro do que foi preconizado na Constituição Federal de 1988, para ruptura à proposta neoliberal que negligencia a saúde no país, e vem desconstruindo essa política de forma sutil para não causar impacto maior.

Essas demandas não superadas também evidenciam uma outra dificuldade apontada na pesquisa: a falta de organização e avaliação da prática profissional. Esse desafio decorre do aumento de demandas imediatas e emergenciais, impostas principalmente pela conjuntura política, pela gestão e pelos(as) usuários(as), além das formas precárias de contratação, que não permitem uma continuidade no trabalho iniciado, como no caso do plantão. A pesquisa relata que os (as) assistentes sociais têm a sensação de estarem “enxugando gelo”, “apagando incêndio”! As demandas são tão intensas e imediatas que eles não têm tempo nem saúde para conseguirem

organizar o seu cotidiano profissional. Essa realidade é exemplificada nos trechos a seguir:

demandas excessivas, ausência de estrutura e recursos para trabalho, tempo de trabalho limitado, metodologia de trabalho que privilegia atendimentos individuais, com abordagens focais e pontuais... O planejamento do trabalho também é pouco comum acontecer. O mais frequente é encontrar profissionais submersos na rotina cotidiana do trabalho, onde, conseguir “apagar os incêndios” já é, por si só, algo satisfatório (Igarashi, 2012, p. 58).

As entrevistadas relatam que a principal dificuldade de realizar reuniões periódicas com toda a equipe de Serviço Social é o fato da maioria dos profissionais de Serviço Social ter dois vínculos de trabalho, sendo que na unidade pesquisada todas as assistentes sociais trabalham em regime de plantão de 24h de modo que cada dia da semana o Serviço Social conta com uma equipe que varia de 8 a 9 profissionais, sendo que cada equipe possui uma coordenadora. Sendo assim, as equipes diárias não possuem diálogo com os assistentes sociais dos demais dias da semana (Oliveira, 2012, p. 112).

Uma modalidade não mencionada aqui pra suprir a ausência de pessoal, sem gerar vínculo empregatício, utilizada a partir de 2009 em hospitais universitários e vinculados ao Ministério da Saúde, é o chamado Adicional por Plantão Hospitalar (APH), uma espécie de plantão extra remunerado ao servidor público federal efetivo que trabalhar por 12 horas ou 24 horas além da sua carga horária semanal. Ressaltamos que o APH embora seja realizado de forma frequente em unidades com déficit de pessoal pelos servidores da saúde, não dá direito para fins previdenciários ou de tempo de serviço para aposentadoria. Ele se revela uma manobra governamental para cobrir o déficit de pessoal nas unidades de saúde e com isso, não ter o compromisso de realizar concursos públicos (Gonçalves, 2023, p. 67).

A dicotomia existente entre os interesses das entidades empregadoras e o compromisso ético-político profissional, voltado para os direitos dos usuários, tem como elemento constituinte a dicotomia inerente ao modo de produção capitalista, ou seja, entre capital e trabalho. De acordo com o Código de Ética Profissional, o assistente social não pode atender aos princípios institucionais que sejam contrários aos valores que o orientam. Todavia, a viabilização dos direitos sociais dos usuários depende da disposição da política organizacional, a qual geralmente é precária e restrita (Meneses, 2010, p. 85).

Essas características imediatistas e emergenciais nos reportam às fortes interferências sofridas, no Serviço Social, com relação ao traço histórico da profissão: um viés conservador que, mesmo com o avanço da categoria embasada na tradição marxista, não conseguiu superar práticas empiricistas, pragmáticas e voluntaristas. Os assistentes sociais, em que pese o progresso da profissão no campo teórico, ainda reproduzem práticas antigas e são, também, influenciados pelo

irracionalismo pós-moderno. Sabe-se que, para romper dialeticamente com as racionalidades burguesas, é necessário conhecê-las (Leite, 2011, p. 310).

Além disso, uma questão que fragiliza a luta por melhorias para o Serviço Social decorre das diferentes formas de contrato profissional, que fazem com que alguns profissionais não tenham estímulo para buscar a superação de tais entraves e desafios estabelecidos pela própria instituição. Isso acontece porque as solicitações do grupo profissional são diferenciadas. Concordamos que isso, com certeza, interfere no posicionamento dos assistentes sociais diante das dificuldades apresentadas na instituição, mas não podemos perder de vista que os assistentes sociais são profissionais que defendem uma sociedade mais justa e estão comprometidos com essa causa (Leite, 2011, p. 312).

Concordo com Barroco (2021, p. 97), autora de uma das pesquisas analisadas, quando afirma que

é preocupante também que a concepção de trabalho meramente técnico, sem a devida análise dos dados que conformam o cotidiano dos usuários da saúde, vem sendo privilegiada. Importa ressaltar que o exercício profissional, distante de um sólido referencial teórico-metodológico e do compromisso ético-político, impossibilita o profissional de pensar em estratégias que fortaleçam o direcionamento do seu projeto ético-político na saúde.

Além disso, as demandas apresentadas demonstram compatibilidade com as análises de Miranda (2011) e Igarashi (2012) sobre os principais problemas que atingem a saúde:

desintegração e concentração/desconcentração dos serviços de saúde, deixando à margem grande parcela da população; incompatibilidade entre os condicionantes sociais e a visão da saúde restritiva e o método curativo disseminado; centralização das decisões, implicando em alta normatização, gestão inadequada, baixo controle social e clareza dos gastos – muitas vezes distantes das reais necessidades locais, implicando em baixa eficácia e eficiência dos serviços –; ausência de Política de Recursos Humanos; insatisfação dos profissionais de saúde e dos usuários pela baixa qualidade dos serviços, quantidade insuficiente de leitos e equipamentos (Miranda, 2011, p. 59).

Vamos do jeito que vamos, que estamos. Aí, a gente corre o risco de se perder no meio do caminho. [...] É tão sério isso, a falta de avaliação no Serviço Social. E se não tem avaliação, não tem planejamento. [...] Então, como estamos trabalhando? Que devolutiva podemos dar pra

superintendência, ou indiretamente, para o nosso usuário se nós não estamos nos avaliando? Se está faltando avaliação no serviço social em geral, está faltando planejamento. Se está faltando planejamento de ações, eu acho que o Serviço Social tem muito a ser desenvolvido... [...] (Igarashi, 2012, p. 112).

É fundamental destacar que a comunicação de óbito constitui uma das demandas históricas do Serviço Social na saúde, especialmente na alta complexidade hospitalar, como evidenciado na pesquisa. No entanto, o Cfess emitiu uma orientação normativa para ressaltar que essa tarefa não é uma atribuição privativa do(a) assistente social (CFESS, 2020).

A normativa esclarece, entre outras questões, que a comunicação de óbito não é uma atribuição ou competência do assistente social, tanto no contexto da pandemia de covid-19 quanto no exercício cotidiano da profissão. Esse procedimento deve ser realizado por profissionais qualificados, que possuam conhecimento específico sobre a causa da morte dos usuários dos serviços de saúde. Além disso, essa comunicação deve ser parte de um trabalho em equipe, envolvendo médico, enfermeiro, psicólogo e/ou outros profissionais, a fim de oferecer suporte adequado à família ou aos responsáveis. Ao assistente social, cabe informar sobre os benefícios e direitos relacionados à situação, conforme o arcabouço normativo e legal vigente (CFESS, 2020).

Outro dado identificado na pesquisa foi a importância do trabalho multiprofissional, que contribui para que os(as) assistentes sociais compreendam melhor suas atribuições. Essa atuação integrada incentiva o profissional a aprofundar seus conhecimentos sobre as leis que regulamentam a profissão, bem como a estudar outros temas que possam contribuir para a construção de respostas coletivas alinhadas com o Projeto Ético-Político da profissão e com o Código de Ética Profissional, fortalecendo, assim, os direitos dos usuários.

Além disso, a discussão dos casos em equipe, reflete a importância do trabalho multiprofissional pois, facilita a comunicação em equipe, possibilita a discussão de casos em conjunto com todas as áreas e conseqüentemente isso interfere nos atendimentos dos usuários dos serviços de saúde [...] (Bisco, 2018, p. 63).

No modelo inspirado na prática médica hegemônica todo o trabalho nos serviços de saúde é centrado na figura do médico, mas com as mudanças suscitadas pelo Movimento Sanitário que proporcionou

inúmeras transformações no cenário político da saúde, aos poucos este contexto tem sofrido significativas alterações nos processos de trabalho, sendo essencial à inserção de outros profissionais no trabalho coletivo em saúde e assim constituindo as equipes multiprofissionais (Nascimento, 2011, p. 20).

Além dos desafios apontados na pesquisa, destacam-se alguns apontamentos que direcionam para o Código de Ética Profissional e o Projeto Ético-Político, conforme apresentado a seguir:

a profissão de serviço social na contemporaneidade tem feito a defesa de políticas sociais públicas que expressem os valores democráticos. Nesse sentido, para os assistentes sociais o SUS é uma política de fundamental importância para a sociedade, uma vez que é resultante de lutas históricas do Movimento de Reforma Sanitária. Além disso, os ideais da Reforma Sanitária vão ao encontro dos princípios do projeto ético-político do serviço social brasileiro, como, por exemplo, a liberdade, a equidade, o compromisso com a classe trabalhadora e a defesa dos direitos sociais básicos (Barroco, 2021, p. 16).

É partindo da construção de seu PEP enquanto categoria que o trabalho do Assistente Social junto à área de saúde deve ser compreendido, nesse contexto há toda uma atuação conjunta com outros profissionais envolvidos na saúde. O diálogo e a interação multidisciplinar são condições para que se efetivem tais intervenções (Oliveira, 2023, p. 86).

Outro destaque importante é o relato de assistentes sociais que atuam nos HUs. Elas informaram que, quando há supervisão e residência, há uma maior possibilidade de trabalhar com educação em saúde e projetos com usuários, e a sistematização da prática profissional acontece de forma mais constante.

A realização de projetos por estagiários nos revela a importância do Estágio não apenas para a formação de discentes, mas para a troca de saberes com os profissionais. O estágio é um momento impar que permite o constante contato entre a academia e as instituições empregadoras dos assistentes sociais. Todavia o fato de apenas os estagiários estarem responsáveis pela elaboração e desenvolvimento de projetos, sem a participação ativa de um assistente social, nos revela um dado importante para análise e muito preocupante também (Barroco, 2021, p. 118).

Eu acho que a gente sistematiza pouco, ainda tudo aquilo que a gente faz apesar de ter ocorrência, sócio econômica, eu acho que a gente sistematiza muito pouco o cotidiano de trabalho da gente. Isso acaba deixando uma lacuna. E eu acho que a gente ainda tinha que ser um

campo de estágio muito maior. Por ser um hospital universitário, por tá vinculado diretamente com a universidade, a gente orienta muito pouco estágio, na minha concepção eu acho que a gente tinha que participar um pouco mais do processo de formação dos profissionais que saem de dentro dessa universidade, inclusive preparados para atuar na saúde daqui a pouco. Acho que a gente ainda falha muito na nossa contribuição para a formação acadêmica dos futuros assistentes sociais e acho que a gente sistematiza pouca a nossa prática ainda [...] (Nascimento, 2011, p. 124).

Esse dado chama a atenção por dois motivos: primeiro, porque o trabalho do(a) assistente social tende a ser mais reflexivo e sistematizado quando há a presença de estudantes, o que deveria ocorrer independentemente disso, mas que, devido à conjuntura emergencial e à sobrecarga de trabalho, acaba não se concretizando. Segundo, porque evidencia a importância da supervisão e da preceptoria, que ampliam as possibilidades de estudo, enfrentamento e defesa dos direitos dos(as) usuários(as) de acordo com os princípios da Reforma Sanitária, que colidem com os princípios do Código de Ética Profissional (Barroco; Terra, 2012).

Quando questionadas se consideravam a atividade em comento positiva ou negativa, todas as 11 (onze) profissionais que confirmaram realizá-la acreditam que a supervisão de estágio é uma ação positiva e justificaram este fato principalmente pela troca de saberes e de experiências entre Supervisor e estagiário, como forma de atualização do saber e ainda pela articulação entre teoria e prática (Miranda, 2011, p. 241).

A ausência de projetos nas instituições foi outro dado bastante revelador.

Notamos que apenas os hospitais universitários possuem e desenvolvem os projetos estabelecidos nos planos de trabalho. Nas outras unidades de saúde analisadas não foi apontada a realização de nenhum projeto atualmente, e em uma instituição da pesquisa foi revelado ainda que o desenvolvimento de um projeto acontecia apenas quando os estagiários de serviço social estavam presentes. Contudo, com o cenário de pandemia, os estagiários da SES/AM tiveram suas atividades suspensas e, conseqüentemente, o projeto foi interrompido (Barroco, 2021, p. 125).

Outro dado mostrado na pesquisa é a pouca participação e mobilização dos profissionais em espaços de defesa de direitos. Acredito que a defesa dos direitos dos(as) usuários(as) possam ser potencializados somente com a participação social e a ocupação desses espaços.

Deste modo, com relação ao poder há que se considerar tanto as dificuldades persistentes na consecução do trabalho multiprofissional – em virtude do que foi supracitado – quanto do poder que os profissionais de saúde têm sobre o paciente que, posto que nos processos onde o controle e a participação social (coletiva ou individual) ainda é incipiente ele é considerado tão somente como sujeito que detém necessidades sobre as quais o trabalho em saúde é operado produzindo valores de uso, mas não como ator social, como alguém que pode vocalizar suas necessidades e desejos (Miranda, 2011, p. 72).

Percebemos, como pontos negativos, a dificuldade das equipes de travar lutas coletivas, em prol do Serviço Social, pois os próprios assistentes sociais entrevistados alegaram que existem fragmentações no grupo de profissionais, o que dificulta o trabalho e a realização de debates que ampliem o Serviço Social dentro dos HU. Pudemos identificar, todavia, que tais desagregações no interior das equipes não ocorrem por questões relacionadas ao desenvolvimento do trabalho, mas por dificuldades pessoais de relacionamento (Leite, 2011, p. 311).

Nesse contexto, Meneses (2010) alerta para o isolamento entre a dimensão intelectual da profissão e o exercício profissional, que não deveria acontecer, pois impossibilita o fortalecimento da categoria e impede a criação de novas estratégias profissionais na saúde.

A dimensão intelectual da profissão se constitui, historicamente, no âmbito da academia, reconhecida como espaço do pensar/estudar, a partir de investigações isoladas sobre o trabalho profissional. Enquanto que, o espaço do fazer, a partir do uso de técnicas e instrumentos, fica reconhecido pelos profissionais em exercício como único detentor de poder/saber acerca do trabalho profissional. Assim, este movimento de dicotomia entre saber/fazer profissional restringe o sentido e a importância social de ambos, e desarticula a possibilidade de alianças necessárias (Meneses, 2010, p. 86).

Diante desse cenário, é fundamental ressaltar a importância de avançarmos em ações de aprofundamento intelectual, por meio de leituras, grupos de estudos e iniciativas voltadas à mobilização, participação e controle social. Além disso, é essencial fortalecer o diálogo com os trabalhadores das equipes sobre nossas competências e atribuições privativas. Os(As) assistentes sociais devem ter uma compreensão clara de suas atribuições profissionais e desenvolver estratégias coletivas, tanto dentro dos espaços profissionais quanto fora deles, para assegurar a

efetivação dos direitos dos(as) usuários(as) e a superação dos desafios e contradições que surgem ao longo do processo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo analisar as práticas profissionais do(a) assistente social em contextos de alta complexidade hospitalar, identificando as demandas mais recorrentes e as respostas profissionais, verificando se estas estavam alinhadas com o Código de Ética Profissional e com o Projeto Ético-Político da profissão.

A pesquisa teve grande significado pessoal para a autora, que reconheceu a necessidade de ampliar seus conhecimentos teóricos e práticos para entender melhor os desafios enfrentados pela profissão nesse contexto. Além disso, surgiu o desejo de compartilhar e refletir sobre o tema com outros profissionais da área, visando contribuir para o aprofundamento dessa discussão.

É importante ressaltar que o(a) assistente social frequentemente se encontra em situações desafiadoras no seu cotidiano profissional, sendo parte da classe trabalhadora que, além de atuar na defesa de direitos, precisa também garantir sua própria subsistência e estabilidade no seu vínculo de trabalho. De acordo com Raichelis e Arregui (2021, p. 150),

o cotidiano profissional é marcado por tensões e desafios, mas é nesse mesmo cotidiano que se apresentam as possibilidades de superação e enfrentamento das requisições impostas, às quais os(as) assistentes sociais não estão obrigados(as) a se submeter, dispondo de autonomia relativa para propor e negociar suas propostas profissionais.

Concluimos que algumas demandas na alta complexidade hospitalar, como a autorização para a entrada de acompanhantes, o uso de vestimentas inadequadas, a distribuição de tickets de alimentação, a comunicação de óbitos, as transferências de pacientes e as solicitações de transportes, incluindo ambulâncias, ainda são recorrentes. Essa persistência está intrinsecamente ligada à conjuntura histórica, política, econômica, cultural e conservadora em que estamos inseridos. De acordo com Yamamoto (2015, p. 21),

responder a tais requerimentos exige uma ruptura com a atividade burocrática e rotineira, que reduz o trabalho do assistente social a mero emprego, como se esse se limitasse ao cumprimento burocrático

de horário, à realização de um leque de tarefas as mais diversas, ao cumprimento de atividades preestabelecidas. Já o exercício da profissão é mais do que isso. É uma ação de um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais. Requer pois, ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional.

Observamos que a literatura existente aborda mais os desafios da profissão do que, de fato, as ações realizadas para viabilizar respostas condizentes com o Projeto Ético-Político e o Código de Ética Profissional. Também foi possível perceber que o saber médico continua a predominar no campo da alta complexidade hospitalar, apesar dos esforços para fortalecer o trabalho multiprofissional nos hospitais, conforme previsto em legislações de saúde, como a PNHOSP (Brasil, 2013).

Quanto à constatação supracitada, Santos (2013) nos alerta para a percepção de que “na prática, a teoria é outra”, uma expressão que evidencia a dificuldade dos(as) profissionais em compreender a relação entre teoria e prática. Isso reflete, por sua vez, a dificuldade em integrar as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa da intervenção profissional, resultando, muitas vezes, em uma visão distorcida das potencialidades dos instrumentos e técnicas, ora supervalorizando-os, ora negligenciando-os. Portanto, trata-se de um problema que não pode ser negligenciado ou disfarçado, pois está diretamente relacionado à formação profissional.

Essa análise também corrobora as observações de Matos (2009) e Costa (2000), que destacam a concepção nebulosa que os próprios assistentes sociais têm sobre as especificidades de seu trabalho no contexto do SUS. Muitas vezes, esses profissionais reproduzem um discurso marcado pela imprecisão técnica e pela deslegitimação de suas funções. No entanto, essa visão se revela contraditória, uma vez que o Serviço Social é a quarta maior categoria profissional no SUS. Afinal, nenhum empregador contrataria um serviço sem utilidade, o que coloca em xeque a validade dessa percepção. Os dados demonstram que o Serviço Social tem um papel claramente definido na divisão social e técnica do trabalho na saúde. Como afirma Costa (2000), se alguém não compreende seu papel, esse alguém é o próprio assistente social. A legitimidade do Serviço Social na saúde se constrói nas

contradições fundamentais da política de saúde, sendo nas lacunas da implementação incompleta do SUS que o(a) assistente social se vê chamado a intervir.

De acordo com Costa (2000), é por meio de sua atuação que o(a) assistente social se consolidou como o “elo invisível” do SUS. Contudo, essas funções não são reconhecidas como parte do seu trabalho pelos próprios profissionais, sendo tratadas como exceções, o que alimenta a imprecisão verbalizada constantemente por eles. Além disso, são justamente esses profissionais que possuem um vasto conhecimento sobre os setores da saúde nos quais atuam, pois sabem que o sucesso de seu trabalho depende da articulação de uma rede de serviços e profissionais, tanto dentro quanto fora de seus ambientes de trabalho.

Dada a precarização das condições de trabalho nos serviços de saúde, em que problemas originados das contradições da acumulação capitalista são vistos como “respostas” dos(as) assistentes sociais, é compreensível que muitos se recusem a aceitar tais demandas como parte de suas responsabilidades. No entanto, ao negarem essa realidade, não conseguem compreender plenamente o significado dessa demanda, tampouco reconhecem a função que exercem no trabalho coletivo.

Matos (2009) afirma que é enfrentando essa realidade que o(a) assistente social poderá desenvolver novas estratégias e formas de atuação. Assim, compreender os determinantes da política de saúde e seus impactos tanto nas instituições quanto na vida dos usuários torna-se crucial. Nesse contexto, o debate sobre o papel do(a) assistente social na saúde deve ser aprofundado com os demais profissionais da área, destacando as especificidades de nossa intervenção e resgatando o conceito ampliado de saúde.

Como discutido anteriormente, o projeto da Reforma Privatista, em vigor desde a década de 1990 com a ascensão do neoliberalismo no Brasil, tem gerado novas estratégias para o desmonte da saúde pública. Esse processo impacta negativamente a atuação do(a) assistente social na alta complexidade hospitalar. Existem muitos motivos pelos quais muitas dessas demandas não são superadas, sendo um deles a influência do neoliberalismo, que prioriza um atendimento mínimo e focalizado, em um cenário marcado por precárias condições de trabalho, jornadas longas e excessivas e múltiplos vínculos profissionais, como evidenciado na pesquisa.

Behring e Boschetti (2011) afirmam que um dos principais desafios enfrentados pelos(as) assistentes sociais é articular forças e construir alianças estratégicas para a construção de uma sociedade mais justa, fraterna e igualitária. Para isso, é necessário reconhecer os limites impostos pela estrutura econômica capitalista, mas também acreditar que todos os processos – ideias e ações – podem se mover, transformar e se desenvolver.

No cotidiano profissional, é possível enfrentar desafios, dar respostas e criar possibilidades, mesmo em contextos de imediatividade. Para isso, é preciso olhar a realidade além do imediato. A reflexão, a cautela, o domínio dos instrumentos da profissão, a organização política e a ocupação dos espaços de participação social são elementos fundamentais que possibilitam esse enfrentamento. A esse respeito, lamamoto (2015, p. 172) afirma que

[...] a sintonia da formação profissional com o mercado de trabalho é condição para se preservar a própria sobrevivência do Serviço Social. Como qualquer profissão, inscrita na divisão social e técnica do trabalho, sua reprodução depende de sua utilidade social, isto é, de que seja capaz de responder às necessidades sociais, que são a fonte de sua demanda. Sendo o assistente social um trabalhador assalariado, depende da venda de sua força de trabalho especializada no mercado profissional de trabalho. Para que ela tenha valor de troca, expresso monetariamente no seu preço, é necessário que confirme o seu valor de uso no mercado. Reside aí a necessidade de que a reformulação de um projeto de formação profissional esteja afinada com o novo perfil da demanda profissional no mercado de trabalho, detectando-o e decifrando-o para que se possa qualificar profissionais que, não só confirmem sua necessidade, mas sejam capazes de responder crítica e criativamente aos desafios postos pelas profundas transformações incidentes nas esferas da produção e do Estado, com profundas repercussões na conformação das classes sociais.

Diante dos desafios analisados ao longo desta pesquisa, reafirma-se a importância do Código de Ética Profissional de 1993 como um horizonte para o trabalho do(a) assistente social na política de saúde, conforme destacado por lamamoto (2015). O(A) assistente social na política de saúde tem sido, e continua sendo, fundamental na luta pela garantia de direitos. No entanto, surge uma reflexão: será que, de fato, os assistentes sociais têm conseguido efetivamente garantir e lutar pelos direitos? Considerando as condições de trabalho apresentadas na pesquisa, acredita-se que não. Essa situação se deve à estrutura fragmentada do trabalho

coletivo em saúde, com pouca interdisciplinaridade, que foca mais na doença do que na promoção da saúde integral. Ressalta-se que esse problema não afeta apenas os(as) assistentes sociais, mas todo o conjunto de trabalhadores da saúde.

Além disso, a lógica de austeridade reduz investimentos na área e transfere ao setor privado a responsabilidade por ações essenciais. Como resultado, os governos, em suas diversas esferas, não efetivam de fato as políticas universais e de direitos preconizadas pelo SUS, enquanto a população mais vulnerável sofre as consequências.

Diante desse cenário, reafirma-se a necessidade de uma prática profissional alinhada ao conceito ampliado de saúde, entendida não apenas como a ausência de doença, mas como resultado das relações sociais e de sua interação com o meio físico, social e cultural, conforme defendem Bravo e Matos (2009). Por fim, é imprescindível reconhecer que as soluções para alguns dos desafios enfrentados não podem ser encontradas dentro da estrutura capitalista, o que reforça a urgência de fortalecer espaços coletivos de resistência e luta por uma política de saúde verdadeiramente pública, universal e de qualidade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Ceres. Pandemia diminui número e muda perfil de internações no SUS em 2020. **OPCH**, Rio de Janeiro, 23 jun. 2021. Disponível em: <https://www.observatoriohospitalar.fiocruz.br/debates-e-opinioes/pandemia-diminui-numero-e-muda-perfil-de-internacoes-no-sus-em-2020>. Acesso em: 23 nov. 2024.

ANDREANI, Jacqueline Fernandes; DIAS, Miriam Thaís Gutierrez; DALPIAZ, Ana Kelen. Reflexões acerca das requisições ao trabalho do/a assistente social na alta complexidade em saúde. **Revista Serviço Social em Debate**, [s. l.], v. 4, n. 2, p.151-169, 2021.

ARVIN-RAD, Hassan; WILLUMSEN, Maria José; WILLUMSEN, Maria José; WITTE, Ann Dryden. Industrialização e desenvolvimento no governo Vargas: uma análise empírica de mudanças estruturais. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 127-166, 1997. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ee/article/view/116885>. Acesso em: 4 nov. 2024.

BARROCO, Clivia Costa. **Saúde e Serviço Social: particularidades e desafios do trabalho profissional na alta complexidade em Manaus**. 2021. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia) – Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2021.

BARROCO, Maria Lucia S.; TERRA, Sylvia Helena. **Código de Ética do/a assistente social comentado**. Conselho Federal de Serviço Social (org.). 1. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

BASTOS, Pedro Paulo Zahluth. A carta ao povo brasileiro, de Dilma Rousseff. **Revista Política Social e Desenvolvimento**, [s. l.], v. 3, p. 6-13, 2015.

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

BEHRING, Elaine Rossetti. Política social no contexto da crise capitalista. *In*: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 301-332.

BETTIOL, Liria Maria. **Atualizando o debate: formação profissional, trabalho em saúde e serviço social**. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

BISCO, Gabriela Cristina Braga. **O Serviço Social na Santa Casa de Franca/SP: estudo sobre a atuação profissional na perspectiva da efetivação do direito à saúde**. 2018. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Franca, 2018.

BRAGA NETO, Francisco Campos; BARBOSA, Pedro Ribeiro; SANTOS, Isabela Soares; OLIVEIRA, Celina Maria Ferro de. Atenção hospitalar: evolução histórica e

tendências. *In*: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 577-608.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Assembleia Nacional Constituinte, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 4 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 4 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 4 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm. Acesso em: 4 nov. 2024.

BRASIL. **Medida Provisória nº 520, de 31 de dezembro de 2010**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2010b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/mpv/520.htm#:~:text=MEDIDA%20PROVIS%C3%93RIA%20N%C2%BA%20520%2C%20DE%2031%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202010.&text=Autoriza%20o%20Poder%20Executivo%20a,que%20lhe%20confere%20o%20art. Acesso em: 22 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Brasília, DF: MS, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 4 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos**. Brasília, DF: MS, 1 nov. 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos>. Acesso em: 4 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do

componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF: MS, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 22 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2010a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 22 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde explica Atenção Primária e Atenção Especializada**: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Brasília, DF: MS, 28 de março de 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 20 set. 2024.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. *In*: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene (orgs.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 197-217. v. 1.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A política de saúde no governo Lula: algumas reflexões. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza; SOARES, Vanda D' Aciri; MARTINS, Janaina Bilate (orgs.). **Movimentos sociais, saúde e trabalho**. 1. ed. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social**, Brasília, DF, v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. *In*: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene (orgs.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 88-110. v. 1.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAZ, Marcelo. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 128, p. 85-103, 2017.

CAPUTO, Lara Rodrigues; SILVA, Polyana Carvalho da; TRISTÃO, Vivian de Almeida Costa. Tutoria e Preceptoría de Residência Multiprofissional em Saúde: análises do Serviço Social. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 19, n. 2, p. 498-512, 2019.

CFESS. **Código de Ética do Assistente Social**. Brasília, DF: CFESS, 1993.

CFESS. **Orientação Normativa n. 3/2020**. Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais. Brasília, DF: CFESS, 2020. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/OrientacaoNormat32020.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2024.

CFESS. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2010. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais)

CFESS. **Perfil de assistentes sociais no Brasil**: formação, condições de trabalho e exercício profissional. Brasília, DF: CFESS 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/2022Cfess-PerfilAssistentesSociais-Ebook.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2024.

CFESS. **Resolução n.º 383/1999**. Caracteriza o/a assistente social como profissional da saúde. Brasília, DF: CFESS, 1999. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf. Acesso em: 4 nov. 2024.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Modelos privatizantes de gestão. In: MATOS, Maurílio Castro de; BERNARDO, Maria Helena de Jesus; VELOSO, Renato; OLIVEIRA, Debora Lopes de; SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Dicionário Crítico do Serviço Social na Saúde**. 1. ed. Uberlândia: Navegando Publicações, 2024. p. 309-313.

COELHO, Marilene. **Imediatividade na prática profissional do Assistente Social**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

CRESS. **O serviço social em hospitais**: orientações básicas. Rio de Janeiro: Cress 7ª Região, 2008. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/wp-content/uploads/2020/05/cartilhas-o-servico-social-em-hospitais-orientacoes-basicas.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2023.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) Assistentes Sociais. **Serviço Social e Sociedade**, [s. l.: s. n.], 2000.

DEMUNER TEIXEIRA, Suelem. **O Rio de Janeiro pelo Brasil**: a Grande Reforma Urbana nos jornais do país (1903-1906). 2020. Dissertação (Mestrado em História) – Centro de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

FERNANDES, Tatiane Campos. **O trabalho da/o assistente social no HC-UFTM**: demandas sociais e respostas profissionais. 2018. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Franca, 2018.

FERRAREZI, Elisabete; OLIVEIRA, Mariana S. de Carvalho. **Conferências Nacionais de Saúde e Processos Participativos na Administração Pública Federal Brasileira**. Brasília, DF: ENAP, 2010.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FIGUEIREDO, Viviane Maurício. **Serviço Social e Política de Saúde no Brasil: estudo de uma experiência em um hospital universitário**. 2011. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

FLEURY, Sonia. Seguridade Social: a agenda pendente. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 414-424, set./dez. 2003.

FRAGOSO, Aline Dias da Silva; SILVEIRA, Débora Regina de Oliveira; XIMENES, Raphaela Pimentel Silva. Ações em Saúde. *In*: MATOS, Maurílio Castro de; BERNARDO, Maria Helena de Jesus; VELOSO, Renato; OLIVEIRA, Debora Lopes de; SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Dicionário Crítico do Serviço Social na Saúde**. 1. ed. Uberlândia: Navegando Publicações, 2024. p. 28-33.

GONÇALVES, Jefferson Ferraz. **O trabalho do Serviço Social no Hospital Federal de Bonsucesso, no Rio de Janeiro, nos anos 2020 e 2021: entre a “epidemia da precarização” e a pandemia da Covid-19**. 2023. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2023.

GUERRA, Yolanda Aparecida Demetrio; REPETTI, Gustavo Javier; ANDRADE FILHO, Antonio; SILVA, Platini Boniek Sardou da; ALCANTARA, Elton Luiz da Costa. Atribuições, competências, demandas e requisições: o trabalho do assistente social em debate. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 15., 2016, Ribeirão Preto. **Anais [...]**. Brasília, DF: ABEPSS, 2016.

GUITARRARA, Paloma. Pandemia de covid-19. **Brasil Escola**, [s. l.], 2019. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/geografia/pandemia-de-covid-19.htm>. Acesso em: 23 nov. 2024.

HARVEY, David. **O Neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

HARVEY, David. **Os limites do capital**. São Paulo: Boitempo, 2013.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 39. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 26. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IGARASCHI, Nancy Mieko. **Avaliação da prática e a prática da avaliação: desafios ao Serviço Social na saúde**. 2012. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

LEITE, Débora Holanda. **A prática profissional do Serviço Social nos hospitais universitários: um estudo do Rio de Janeiro**. 2011. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, p. 37-45, 2007.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 33, p. 144-161, 2017.

MACHADO, Maria Helena; CARVALHO, Antonio Ivo; CAMPOS, Francisco Eduardo. Com a palavra, os profissionais. **Radis**, 24 ago. 2020. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/com-a-palavra-os-profissionais>. Acesso em: 10 jun. 2024.

MARCH, Claudia. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, universidades públicas e autonomia: ampliação da subordinação à lógica do capital. **Universidade e Sociedade**, Brasília, DF, v. 49, p. 62-70, 2012.

MATOS, Maurílio de Castro. Assistente Social: trabalhador(a) da área da saúde. Reflexões a partir do debate brasileiro. **Interacções**, [s. l.], v. 9, n. 17, p. 45-63, 2009. Disponível em: <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/315>. Acesso em: 19 dez. 2024.

MATOS, Maurílio de Castro. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

MENESES, Érica Silva. **O fazer profissional do(a) assistente social na saúde: uma análise das condições de trabalho no âmbito hospitalar em Natal/RN**. 2010. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Centro de Ciências Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

MIRANDA, Ana Paula Rocha de Sales. **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. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

MOLJO, Carina; CUNHA, Ariane Monteiro. Serviço Social e Cultura: considerações acerca das concepções de cultura na trajetória da profissão no Brasil desde a sua gênese até os anos 1990. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 9, n. 2, p. 78-104, 2009.

MORAES, Carlos Antônio de Souza; SILVA, Luciane Alves da; ARAÚJO, Mônica Machado de; BOTELHO, Thaynara Moreira; CORDEIRO, Ana Paula Pessanha. **Serviço Social e trabalho profissional em hospital**. Vértices, Campos dos Goitacazes, v. 20, n. 3, 2018.

MOTA, Ana Elizabete. **A Cultura da Crise e Seguridade Social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

NASCIMENTO, Mônica Matias Rafael do. **O trabalho dos assistentes sociais no âmbito hospitalar**: as particularidades da sua inserção no hospital universitário Onofre Lopes (HUOL), em Natal/RN. 2011. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2011.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós – 64. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, José Paulo. **Pequena história da ditadura brasileira (1964-1985)**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

OBSERVATÓRIO HISTÓRIA & SAÚDE. **Você sabe o que um sanitarista faz e sua importância para o SUS?** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2 jan. 2022. Disponível em: https://ohs.coc.fiocruz.br/posts_ohs/voce-sabe-o-que-um-sanitarista-faz-e-sua-importancia-para-o-sus/. Acesso em: 10 maio 2024.

OLIVEIRA, Ednéia Alves de. Política social: política para o trabalhador ou para o capital? **Revista Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 232-243, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18397/15688>. Acesso em: 10 jun. 2024.

OLIVEIRA, Jousiele Ferreira Simplício de Oliveira. **Serviço Social na Saúde**: tendências do exercício profissional em tempos de pandemia da covid-19 no hospital de clínicas no município de Campina Grande/PB. 2023. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais e Aplicadas, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2023.

OLIVEIRA, Verônica Cristina de Oliveira. **Desafios contemporâneos para o projeto ético-político do Serviço Social**: cotidiano profissional dos assistentes sociais em uma grande emergência. 2012. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva; REIS, Camila Ramos. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 58, p. 101-114, 2018.

PÔRTO, Ângela. O sistema de saúde escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1019-1027, 2006.

QUEIROZ, Marcos. Clóvis Moura e Florestan Fernandes: interpretações marxistas da escravidão, da abolição e da emergência do trabalho livre no Brasil. **Revista Fim do Mundo**, [s. l.], n. 4, 2021.

RAICHELIS, Raquel; ARREGUI, Carola C. O Trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 134-152, 2021.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 420-437, set. 2011.

SANTOS, Cíntia Rocha dos; BASÍLIO, Isis Lira; SILVA, Liliane Alves de Britto e. Pandemia. *In*: MATOS, Maurílio Castro de; BERNARDO, Maria Helena de Jesus; VELOSO, Renato; OLIVEIRA, Debora Lopes de; SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Dicionário Crítico do Serviço Social na Saúde**. 1. ed. Uberlândia: Navegando Publicações, 2024. p. 312-319.

SANTOS, Cláudia Mônica dos; SOUZA FILHO, Rodrigo de; BACKX, Sheila. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social: questões para a reflexão. *In*: GUERRA, Yolanda; BACKX, Sheila; SANTOS, Cláudia Mônica dos. **A dimensão técnico-operativa no serviço social: desafios contemporâneos**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2013. p. 21-44.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. **Na prática a teoria é outra?** Mitos e dilemas na relação entre teoria, prática, instrumentos e técnicas no Serviço Social. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, Ana Paula Procópio da. Atenção à saúde da população negra. *In*: MATOS, Maurílio Castro de; BERNARDO, Maria Helena de Jesus; VELOSO, Renato; OLIVEIRA, Debora Lopes de; SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Dicionário Crítico do Serviço Social na Saúde**. 1. ed. Uberlândia: Navegando Publicações, 2024a. p. 83-89.

SILVA, Isabel Gonçalves da. Acesso à saúde. *In*: MATOS, Maurílio Castro de; BERNARDO, Maria Helena de Jesus; VELOSO, Renato; OLIVEIRA, Debora Lopes de; SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Dicionário Crítico do Serviço Social na Saúde**. 1. ed. Uberlândia: Navegando Publicações, 2024b. p. 21-27.

SINTRAJUFES. Sem anistia: Brasil ultrapassa 700 mil mortos pela Covid-19; governo Bolsonaro deixou vencer e incinerou milhões de vacinas. **SintrajufeRS**, Porto Alegre, 29 mar. 2023. Disponível em: <https://sintrajufe.org.br/brasil-ultrapassa-700-mil-mortos-pela-covid-19-governo-bolsonaro-deixou-vencer-e-incinerou-milhoes-de-vacinas/>. Acesso em: 23 nov. 2024.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao Serviço Social. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

SOARES, Raquel Cavalcante. Sistema Único de Saúde. *In*: MATOS, Maurílio Castro de; BERNARDO, Maria Helena de Jesus; VELOSO, Renato; OLIVEIRA, Debora Lopes de; SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Dicionário Crítico do Serviço Social na Saúde**. 1. ed. Uberlândia: Navegando Publicações, 2024. p. 392-397.

SOUSA, Charles Toniolo de. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. **Revista Emancipação**, Ponta-Grossa, v. 8, n. 1, p. 119-132, 2008. Disponível em: <http://cressrn.org.br/files/arquivos/k7maNx2767S70XHK8137.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2024.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. *In*: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

VASCONCELOS, Ana Maria. Serviço social e práticas democráticas na saúde. *In*: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza; UCHÔA, NOGUEIRA, Roberta; Vera; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene (Org.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 240-272. v. 1.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2012.

WEILLER, José Alexandre Buso. O desmonte do SUS em tempos de Bolsonaro. **Cebes na Mídia**, Rio de Janeiro, 16 dez. 2019. Disponível em: <https://cebes.org.br/o-desmonte-do-sus-em-tempos-de-bolsonaro/21052/>. Acesso em: 10 maio 2024.

APÊNDICE A – Roteiro para análise

Nº	MESTRADO/DOCTORADO	ANO	TÍTULO	PALAVRAS-CHAVE	AUTOR (A)	ORIENTADOR (A)	INSTITUIÇÃO	PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO	LINHA DE PESQUISA	METODOLOGIA DE PESQUISA	PROFISSÃO DO (A) AUTOR (A)

COMPREENSÃO APRESENTADA SOBRE O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE	COMPREENSÃO APRESENTADA SOBRE O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	DEMANDAS APRESENTADAS AO SERVIÇO SOCIAL	RESPOSTAS ÀS DEMANDAS APRESENTADAS AO SERVIÇO SOCIAL	ARTICULAÇÃO COM OS DOCUMENTOS QUE NORTEIAM A PROFISSÃO	CONSIDERAÇÕES