

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL  
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**Patrícia Ferreira Mascarenhas**

**Taliciane Aparecida Matos**

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS EM UNIDADES  
PÚBLICAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR: uma revisão de  
literatura**

**JUIZ DE FORA**

**2023**

**Patrícia Ferreira Mascarenhas**

**Taliciane Aparecida Matos**

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS EM UNIDADES  
PÚBLICAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR: uma revisão de  
literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
à Faculdade de Serviço Social da Universidade  
Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial  
à obtenção de Bacharelado em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Dra. Joseane Barbosa de Lima

**Juiz de Fora**

**2023**

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

Mascaranhas; Matos, Patrícia Ferreira; Taliciane Aparecida.  
O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS EM UNIDADES PÚBLICAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR : uma revisão de literatura / Patrícia Ferreira; Taliciane Aparecida Mascaranhas; Matos. -- 2023.  
73 f.

Orientador: Prof Dra Joseane Barbosa de Lima  
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social, 2023.

1. Serviço Social. 2. Saúde. 3. Unidades de urgência e emergência. I. Barbosa de Lima, Prof Dra Joseane, orient. II. Título.



**Patrícia Ferreira Mascarenhas**


**Taliciane Aparecida Matos**

O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS EM UNIDADES PÚBLICAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR: uma revisão de literatura


Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Política de Ação do Serviço Social, como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social, na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Orientador(a): Prof. Dra. Joseane Barbosa de Lima

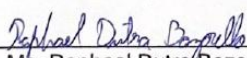
Trabalho de Conclusão de Curso avaliado em (13/07/2023), por banca composta pelos seguintes membros:

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr<sup>a</sup>. Prof. Dra. Joseane Barbosa de Lima – Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Prof. Dra. Ana Luiza Avelar

Faculdade de Serviço Social -UFJF

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Ms. Raphael Dutra Bazzarello

Faculdade de Serviço Social -UFJF

Nota: 90

JUIZ DE FORA  
JULHO, 2023

## **AGRADECIMENTOS**

Eu, Patrícia Ferreira Mascarenhas, agradeço a Deus em primeiro lugar, pela minha vida, por sempre me conduzir com as devidas lições e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo do curso de Serviço Social.

Aos meus pais, meu namorado Gabriel e aos meus sogros que me incentivaram nos momentos mais difíceis e apoiaram a minha dedicação à realização deste trabalho.

Aos professores que me deram aulas ao longo dos períodos, com correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um bom desempenho durante meu processo de formação profissional.

Às minhas amigas Lavínia e Monique, e em especial a Taliciane, minha companheira de TCC, pela força e compreensão nos momentos mais difíceis e companheirismo em cada fase do curso.

À minha prezada e querida orientadora Professora Joseane Barbosa de Lima, pela dedicação, compreensão, correções e amizade nessa etapa final de formação.

Eu, Taliciane Aparecida Matos, agradeço primeiramente a Deus, pela vida, e por ter me concebido capacidade e inteligência dando-me força e coragem para chegar até aqui.

Aos meus pais, Ely Regina e Valdivino, pelo carinho, apoio e incentivo desde pequena aos estudos, que me fizeram chegar até aqui, apesar das dificuldades, nunca me permitiram desistir. Com muita honestidade, humildade, fé e coragem, não mediram esforços para o que eu precisasse. À vocês todo meu amor incondicional e imensa gratidão sempre.

Aos meus sogros Ana Luzia e José Carlos que também sempre se fizeram presentes em minha vida, me apoiando e incentivando na minha rotina diária da faculdade.

Ao meu esposo, Luiz Carlos, que sempre foi parceiro e presente, o que fez uma enorme diferença em minha vida.

À minha amiga de infância Marinalva Severino, que se tornou muito

importante durante quase 20 anos de amizade, se tornou importante durante toda a minha formação e minha vida. E sempre se propôs a ajudar nos trabalhos da faculdade. Durante todo esse processo acadêmico tivemos momentos de risadas, confidências, parceria, e muita alegria.

Às minhas amigas Lavínia Henriques e Monique Monteiro que se tornaram grandes amigas durante a faculdade, com elas eu dividi momentos muito importantes em minha vida de muitas risadas e muita parceria.

E especialmente à minha dupla e amiga da faculdade que se tornou pra vida toda, Patrícia Mascarenhas, que sempre me proporcionou durante toda a faculdade, momentos de alegria, amizade, aconselhamentos, companheirismo, e muitas gargalhadas. Sem você a vida e a faculdade seriam muito sem graça. Você se tornou muito importante durante todo esse processo de aprendizagem na faculdade.

E por fim, mas não menos importante, à minha querida orientadora Joseane Barbosa de Lima, pelo aprendizado, pela orientação e constante ajuda, o que forneceu papel importante para minha formação.

## RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo analisar o exercício profissional do Assistente Social nas unidades hospitalares de urgência e emergência, por meio de uma revisão de literatura. Os objetivos específicos são os seguintes: analisar o trabalho do Assistente Social no campo da saúde hospitalar a partir dos trabalhos publicados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais dos últimos seis anos; Abordar os limites e as possibilidades do exercício profissional do Assistente Social em unidades de urgência e emergência, utilizando os artigos do CBAS analisados como referência e refletir sobre as atribuições e competências dos assistentes sociais em unidades de urgência e emergência. Seguimos a proposta metodológica com enfoque crítico dialético para analisar os dilemas dos assistentes sociais das unidades hospitalares de urgência e emergência. Para isso realizamos uma pesquisa bibliográfica em dois momentos distintos. No primeiro momento, realizamos um levantamento bibliográfico com o objetivo de traçar uma análise da trajetória histórica do Serviço Social no Brasil, com especial ênfase em seu exercício profissional na área da saúde. O segundo estágio do levantamento bibliográfico consistiu na análise de trabalhos publicados nos CBAS de 2016, 2019 e 2022, nos quais buscamos relatos de experiências profissionais em unidades de urgência e emergência. O trabalho está dividido em dois capítulos que abordam respectivamente, a trajetória histórica do serviço social e saúde, e o exercício profissional do assistente social em unidades hospitalares de urgência e emergência. Com esse trabalho concluímos que o trabalho do assistente social na atenção hospitalar é de extrema importância para a garantia de um atendimento humanizado e equitativo, contribuindo para uma melhoria na experiência dos pacientes para a promoção da justiça social e construção de uma sociedade mais igualitária e saudável.

**Palavras-chave:** Serviço Social. Saúde. Unidades de urgência e emergência.

## **ABSTRACT**

This Final Course Paper aims to analyze the professional practice of Social Workers in hospital units specialized in urgent and emergency care through a literature review. The specific objectives are as follows: to analyze the work of Social Workers in the field of hospital health based on the papers published in the Brazilian Congress of Social Workers in the last six years; to address the limits and possibilities of the professional practice of Social Workers in urgent and emergency units, using the analyzed articles from the Congress as a reference; and to reflect on the responsibilities and competencies of social workers in urgent and emergency units. We followed a methodological proposal with a critical dialectical approach to analyze the dilemmas faced by social workers in urgent and emergency hospital units. To accomplish this, we conducted a bibliographic research in two distinct stages. In the first stage, we carried out a literature review with the aim of tracing an analysis of the historical trajectory of Social Work in Brazil, with a special emphasis on its professional practice in the healthcare field. The second stage of the literature review consisted of analyzing papers published in the Congress in 2016, 2019, and 2022, in which we sought accounts of professional experiences in urgent and emergency units. The paper is divided into two chapters, which respectively address the historical trajectory of social work and health, and the professional practice of social workers in urgent and emergency hospital units. Through this work, we conclude that the role of social workers in hospital care is of utmost importance for ensuring a humane and equitable service, contributing to an improvement in the patients' experience in promoting social justice and the construction of a more equal and healthy society.

**Keywords:** Social Work, Health, Urgent and Emergency Units.



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	09
<b>CAPÍTULO I - SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Trajetória histórica</b>	12
1.1 SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: aspectos sócio-históricos	12
1.2 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	24
1.3 PROJETO ÉTICO POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL E DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA	27
<b>CAPÍTULO II - O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM UNIDADES HOSPITALARES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>	35
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO HOSPITALAR	34
2.2 O TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA ÁREA HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.	41
2.3 O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: Experiências profissionais publicadas nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais – CBAS (2016, 2019 e 2022).	45
<b>2.3.1 Atribuições e competências.</b>	47
<b>2.3.2 Atribuições privativas e demandas</b>	52
<b>2.3.3 Limites, possibilidades e desafios do exercício profissional</b>	58
2.4 ANÁLISES E REFLEXÕES SOBRE OS RESULTADOS APRESENTADOS	67
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	69
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	72

## INTRODUÇÃO

Esse trabalho de conclusão de curso tem como objeto de estudo o exercício profissional dos Assistentes Sociais em unidades de urgência e emergência. Tem como objetivo geral analisar o exercício profissional do Assistente Social nas unidades hospitalares que atendem urgências e emergências, por meio de uma revisão de literatura. E como objetivos específicos: analisar o trabalho do Assistente Social no campo da saúde hospitalar a partir dos trabalhos publicados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais dos últimos seis anos; Abordar os limites e as possibilidades do exercício profissional do Assistente Social em unidades de urgência e emergência, utilizando os artigos do CBAS analisados como referência, e refletir sobre as atribuições e competências dos assistentes sociais em unidades de urgência e emergência.

A motivação para o estudo dessa temática surgiu a partir da vontade de dar visibilidade à importância do exercício profissional do Assistente Social na área da saúde hospitalar, em especial em unidades hospitalares que atendem a demandas de urgência e emergência. A relevância social dessa profissão merece destaque, pois por meio dela é que o usuário do sistema de saúde têm aumentado as possibilidades de atendimento às suas demandas, bem como possibilitando a democratização das informações necessárias ao acesso de diversos direitos sociais.

Partimos do pressuposto que nas unidades de urgência e emergência o Assistente Social deve estar preparado e capacitado para orientar as demandas relacionadas às necessidades sociais em saúde da população usuária do SUS, bem como, trabalhar pelo acesso ao direito à saúde e proteção de saúde, em defesa dos compromissos ético-políticos da profissão. O assistente social é um profissional qualificado para lidar com os aspectos sociais e econômicos que afetam a saúde dos pacientes e suas famílias. Ao estabelecer um contato direto com os usuários, seus familiares e a equipe multidisciplinar, o assistente social tem a possibilidade de identificar as necessidades individuais e coletivas dos indivíduos, oferecendo apoio e orientação ao longo de todo o processo de tratamento e recuperação. Assim, o papel do profissional de serviço social em ambientes hospitalares envolve fornecer orientações sobre direitos e serviços disponíveis, facilitando o acesso aos recursos e serviços necessários para garantir a continuidade dos cuidados após a alta

hospitalar.

Assim, para alcançar os objetivos propostos, realizamos uma pesquisa bibliográfica ampla em dois momentos distintos. No primeiro momento, realizamos um levantamento bibliográfico com o objetivo de traçar uma análise da trajetória histórica do Serviço Social no Brasil, com especial ênfase em seu exercício profissional na área da saúde. A pesquisa foi realizada na biblioteca da Faculdade de Serviço Social, na qual foram selecionados autores como: Bravo (2013), Iamamoto e Carvalho (2012), Barroco (2009), Matos (2012), Netto (2005), dentre da área de Serviço Social. O segundo estágio do levantamento bibliográfico consistiu na análise dos anais dos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS) dos anos de 2016, 2019 e 2022, nos quais buscamos relatos de experiências dos profissionais que atuam em unidades hospitalares de urgência e emergência. A partir de uma filtragem com palavras chave selecionamos onze artigos para organizar e registrar as informações mais importantes, destacando os principais conceitos, argumentos e idéias dos autores.

O trabalho está dividido em dois capítulos. No capítulo primeiro intitulado de “Serviço Social e Saúde: trajetória histórica” abordou o contexto do surgimento do Serviço Social como profissão e como se deu sua trajetória na área da saúde, os aspectos sócio-históricos da profissão; Serviço Social na Saúde, Projeto Ético Político da profissão e Movimento da Reforma Sanitária. Já no capítulo segundo intitulado “O exercício profissional do assistente social em unidades hospitalares de urgência e emergência”, analisou-se com base nos artigos selecionados dos CBAS quais são as principais atribuições e competências do assistente social nas unidades hospitalares; as demandas privativas que só podem ser realizadas pelo serviço social, e os principais limites e possibilidades encontrados nesse espaço sócio ocupacional pelos profissionais.

Nas considerações finais apontamos que a chegada da pandemia de Covid-19 ocasionou uma superlotação dos hospitais públicos e uma sobrecarga dos profissionais de toda a área da saúde. Nesse contexto de conjuntura neoliberal percebe-se um acirramento das expressões da questão social e um descaso por parte do governo da época para com a gravidade da situação sanitária, gerando um enfraquecimento ainda maior da garantia de acesso a direitos sociais. Nesse cenário, e mesmo após a superação da pandemia, o trabalho do assistente social

continua sendo de suma importância na democratização do acesso a informações relacionadas aos direitos dos usuários dentro e fora do hospital, de maneira humanizada e compreendendo a totalidade do sujeito em sua integralidade, isto é, como um ser biopsicossocial.

## **CAPÍTULO I - SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Trajetória histórica.**

Neste capítulo, é realizada uma análise histórica do Serviço Social no Brasil, especialmente em relação à área da saúde, levando ao reconhecimento do Assistente Social como profissional nesse campo.

Parte do pressuposto que a profissão teve suas bases históricas nas ações de caridade e filantropia vinculadas à igreja católica, mas ao longo do tempo passou por transformações significativas relacionadas aos conflitos do Estado capitalista e às mudanças sociais, bem como as disputas no interior da própria profissão. Essas transformações resultaram em uma ruptura com as abordagens conservadoras, dando lugar a um novo projeto político profissional que ganhou maturidade na década de 1990, redimensionando os objetivos e a atuação profissional comprometida com as bandeiras de lutas da classe trabalhadora.

O capítulo também explora a inserção dos assistentes sociais nas lutas pela saúde pública e na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com os princípios ético-políticos do projeto profissional crítico construído a partir da década de 1980, e dos princípios defendidos pelo movimento da Reforma Sanitária nesse mesmo contexto.

Desse modo, esperamos contribuir para uma reflexão sobre o Serviço Social na área da saúde, considerando os desafios e possibilidades de sua prática profissional para a construção de uma sociedade mais igualitária e equitativa em relação ao acesso aos direitos sociais.

### **1.1 SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: Aspectos sócio-históricos**

A profissão do Serviço Social tem um importante significado na sociedade capitalista a qual estamos inseridos tendo participação ativa na reprodução das relações sociais e de classes. Historicamente a profissão é uma especialização do trabalho coletivo inserida na divisão social e técnica do trabalho. A reprodução das relações sociais envolve o modo de vida e de trabalho dos indivíduos, atingindo a totalidade da vida cotidiana. Segundo Iamamoto e Carvalho (2006):

Isso supõe como diretriz de trabalho, considerar a profissão sob dois ângulos, não dissociáveis entre si, como duas expressões do mesmo fenômeno: como realidade vivida e representada na e pela consciência de seus agentes profissionais expressas pelo discurso teórico-ideológico sobre

o exercício profissional; a atuação profissional como atividade socialmente determinada pelas circunstâncias sociais objetivas que conferem uma direção social à prática profissional, o que condiciona e mesmo ultrapassa a vontade e/ou consciência de seus agentes individuais. (CARVALHO; IAMAMOTO, 2006 p. 79-80)

O surgimento da profissão está diretamente relacionado com a emergência da questão social. Segundo Netto (2001), a questão social é constitutiva do desenvolvimento do capitalismo.

Diante disso, compreende-se que a referida questão está intimamente relacionada ao sistema de produção capitalista, o qual engendra as desigualdades sociais. A questão social tem sua gênese, portanto, no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana, caracterizando, dessa forma, a lei geral da acumulação capitalista. Contudo, esta questão não se refere somente às desigualdades sociais geradas por essa lei, mas refere-se, também, à resistência da classe trabalhadora, adquirida através de sua consciência de classe, ingressando, assim, no “cenário político da sociedade”. (BANDEIRA e SILVA, et.al, 2013, p. 484-485)

Segundo Iamamoto e Carvalho (2006), a questão social no Brasil se expressa a partir do momento em que o trabalho livre se torna generalizado numa sociedade historicamente escravocrata. A força de trabalho do sujeito é tomada então como mercadoria superexplorada em troca de um salário o qual não é suficiente para seu próprio sustento e de sua família.

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. “É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão.” (CARVALHO; IAMAMOTO, 2006, p. 77).

Sendo submetido a uma exploração abusiva o sujeito tem suas capacidades vitais afetadas e a sociedade burguesa vai ver isso como uma ameaça aos “valores” daquela sociedade, com isso vê então a necessidade de uma intervenção, de um controle social dessa força de trabalho.

Em torno da questão social são obrigadas a posicionar-se às diversas classes e frações de classe dominantes, subordinadas ou aliadas, o Estado e a Igreja... O desdobramento da questão social é também a questão da formação da classe operária e de sua entrada no cenário político, da necessidade de seu reconhecimento pelo Estado e, portanto, da implementação de políticas que de alguma forma levem em consideração seus interesses. (CARVALHO; IAMAMOTO, 2006, p. 134-135)

De acordo com Carvalho e Iamamoto (2006), no Brasil, a implementação do Serviço Social está inicialmente relacionada aos interesses da Igreja católica e do Estado. No que se refere à Igreja, podemos apontar o processo histórico inicialmente com as obras de caridade mantidas, existindo no interior das indústrias na década de 1930 capelas próprias onde os trabalhadores eram obrigados a participar de missas e liturgias sendo essa a base e protoformas do Serviço Social no país. Nesse contexto de agravamento das expressões da questão social no Brasil, frente a um processo de industrialização e urbanização, a igreja envolve o Serviço Social nas ações caritativas de cunho filantrópico e conservador.

A tecnificação da ação social da igreja vai acontecer por meio da fundação do Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS), em 1932, sendo considerado o marco da origem do Serviço Social no Brasil em vista de atualizar a Ação Católica e a Ação Social. O CEAS promoveu então formação social para moças jovens e de famílias de classes dominantes.

Até dezembro de 1932 o CEAS fundou quatro centros operários onde suas propagandistas, por meio de aulas de tricô e trabalhos manuais conferências, conselhos sobre higiene e etc., procuram interessar e atrair as operárias e entrar assim em contato com as classes trabalhadoras estudar-lhes o ambiente e necessidades. (Relatório do CEAS 1932-1934 apud CARVALHO; IAMAMOTO 2006, p.181)

As atividades do CEAS passam então a se orientar por uma formação mais técnica e especializada visando difundir a Doutrina Social da Igreja. Em 1936 o referido centro se empenha para fundação da primeira Escola de Serviço Social no Brasil, na cidade de São Paulo, com o objetivo de tecnificar essas ações sociais católicas a partir de novas demandas vindas da sociedade e de instituições estatais.

A política social do Estado pós 1930 está vinculada a uma estrutura corporativista, doutrina essa que buscava impedir os conflitos entre os trabalhadores e os donos de indústrias. A legislação social anterior foi revista e ampliada, sendo implementadas: jornadas de trabalho de 8 horas, leis referentes às mulheres, aos menores de idade, às férias, contrato coletivo de trabalho e etc. Ainda de acordo com Carvalho e Iamamoto (2006) essas medidas de legislação social e sindical têm relação com a crise de poder presente naquela conjuntura e demandas efetivas do proletariado.

No discurso dos representantes políticos da nova ordem aparecerá explicitamente esse projeto político. Proteção ao trabalhador para a obtenção da harmonia social. Justiça Social e incentivo ao trabalho; ordem social e aumento da produção. Isto é, controle e subordinação do movimento operário e expansão da acumulação pela intensificação da exploração da força de trabalho. (CARVALHO; IAMAMOTO, 2006, p. 163)

O Ministério do Trabalho organizado nos primeiros anos do Governo Provisório de Getúlio Vargas é apresentado como “Ministério da Revolução” prevendo modernização e justiça social. O trabalho é considerado como virtude universal do homem, que cria riquezas e desenvolvimento das sociedades.

De acordo com Carvalho e Iamamoto (2006), após a implementação de Escolas Especializadas de Serviço Social em São Paulo a iniciativa chega então ao Rio de Janeiro, que era o mais antigo pólo industrial da região sudeste, e então compondo o maior contingente de proletariado da região, e devido a isso lá foram implementados serviços sócio assistenciais com a participação do Estado. Ao longo da década de 40 várias escolas de Serviço Social vão surgindo por todo o país ainda sob influência da igreja católica.

Com o decorrer do tempo e o aumento expressivo das demandas colocadas no âmbito do Estado e o crescimento das instituições socioassistenciais a demanda por assistentes sociais vai exceder o número de profissionais disponíveis, mas de acordo com Iamamoto e Carvalho (2006) isso não significa que houve uma democratização da profissão, mas sim um abarcamento maior de pessoas da pequena burguesia urbana ao invés de apenas integrantes das classes dominantes e classe média alta.

No que se refere ao Estado no final da década de 1930 e início da década de 1940, segundo Carvalho e Iamamoto (2006):

O Estado assume paulatinamente uma organização corporativa, canalizando para sua órbita os interesses divergentes que emergem das contradições entre as diferentes frações dominantes e as reivindicações dos setores populares, para, em nome da harmonia social e desenvolvimento, da colaboração entre as classes, repolitizar-las e discipliná-las, no sentido de se transformar num poderoso instrumento de expansão e acumulação capitalista. A política social formulada pelo novo regime- que tomará forma através da legislação sindical e trabalhista- será sem dúvida um elemento central do processo. (CARVALHO; IAMAMOTO, 2006, p. 161)

O estabelecimento do Serviço Social não foi então um processo isolado, está diretamente ligado às profundas transformações econômicas e sociais que a



sociedade brasileira perpassa, originando no bloco católico para a recuperação e defesa de seus interesses e manutenção da sua influência. Dentre os diversos autores que tentam definir uma cronologia para a história do Serviço Social, a ideia comum entre eles é a de que esse processo foi fortemente marcado por influências norte-americanas e europeias caracterizadas pelo desenvolvimentismo, tecnificação e reconceitualização, e mesmo com a criação das Escolas de Serviço Social ainda não tinham sido produzidos discursos diferentes do da Ação Social: uma perspectiva positivista com ênfase na ideia de ajustamento e ajuda psicossocial utilizando-se de abordagens individuais e grupais e também o desenvolvimento de comunidades, com estudos de caso, grupo e comunidade.

Nesse contexto, a legitimação do profissional, expressa em seu assalariamento e ocupação de um espaço na divisão sócio técnica do trabalho, vai colocar o emergente Serviço Social brasileiro frente à matriz positivista, na perspectiva de ampliar seus referenciais técnicos para a profissão. Este processo, que vai constituir o que Iamamoto (1992, p. 21) denomina de "arranjo teórico doutrinário", caracterizado pela junção do discurso humanista cristão com o suporte técnico científico de inspiração na teoria social positivista, reitera para a profissão o caminho do pensamento conservador (agora pela mediação das Ciências Sociais). (YAZBEK, 1972, p.6 apud CARVALHO; IAMAMOTO, 2006, p.170)

O primeiro Congresso Brasileiro de Serviço Social ocorreu em 1947 por meio do CEAS unindo representantes de entidades particulares e governamentais ligadas à Assistência e ao Serviço Social. O caráter político e ideológico da maioria dos profissionais participantes era debater a respeito do Serviço Social na Indústria, com alguns posicionamentos de um Serviço Social ao lado dos operários.

Prevalece amplamente a posição que afirma o caráter de neutralidade, conciliação entre o capital e o trabalho, ação educativa e valorização integral do homem como fundamento do Serviço Social, e que este deve contar com a colaboração dos setores patronal e operário. Os dois outros aspectos se referem, respectivamente, ao intercâmbio e à formação para o Serviço Social, este último o tema central do Congresso. (CARVALHO; IAMAMOTO, 2006, p.347)

Segundo Carvalho e Iamamoto (2006) no Estado Novo constituiu-se um crescente mercado de trabalho para os assistentes sociais com o objetivo de atender às demandas desencadeadas pelos novos setores urbanos que cresceram em função dos avanços da indústria na época e “determinam a existência, para o Serviço Social, de um sem-número de frentes de atuação, cuja sistematização irá

exigir um esforço prolongado.” (p.350-351) Como qualidades, o assistente social deveria ser equilibrado psicológica e afetivamente, com maior ênfase na psicologia e na técnica. As ações demandadas ao profissional em relação ao proletariado eram articular e integrar em problemas afetivos, assim como formação moral e educacional, e nesse sentido o Serviço Social atuava muito com os indivíduos, mas sem deixar de lado os grupos familiares.

O Serviço Social é apresentado com funções bem mais amplas: é, portanto e ao mesmo tempo, um movimento de ordem econômica, de ordem moral e estrutural. Visa extirpar o pauperismo, visa trabalhar pela purificação dos costumes e visa dar à sociedade uma estrutura que melhor corresponda às exigências da natureza humana. (CARVALHO; IAMAMOTO, 2006, p.352)

Duas discussões no meio profissional se confrontavam: a primeira era a tese defendida pela Escola Técnica de Serviço Social que tratava da contribuição da profissão para a solução de problemas econômicos na família. Uma preocupação importante dessa tese era como barrar o avanço do comunismo, sob configuração de uma terapia social para tratar os “desajustes” financeiros, alimentares, habitacionais e etc. A segunda tese defendida ocorre no tocante às discussões sobre formação para o Serviço Social, tratando das questões de definir os níveis das escolas de Serviço Social: se seriam de nível médio ou superior.

É preciso fazer o povo pensar, reunir-se, equacionar os seus problemas, aprender e discutir. (...) O assistente social deve ser habilitado a analisar, identificar e mobilizar os órgãos e agentes da comunidade e aí ajudar a criar as molas da ação individual e coletiva. Todo o sistema pedagógico deve, da criança e do adulto, como todo o planejamento urbano, social e político, deve orientar-se no sentido de proporcionar meios de congregação do povo, equipando os agentes responsáveis por sua educação, com técnicas modernas do serviço de grupo e de métodos de discussão. (MANCINI, 1949, apud CARVALHO; IAMAMOTO, 2006, p. 354)

De acordo com Carvalho e Iamamoto (2006, p. 201) na década de 1940 o CEAS absorve alguns assistentes sociais diplomados com a finalidade de “separar as famílias das classes proletárias, prevenindo sua desorganização e decadência e procurando elevar seu nível econômico e cultural por meio de diversos serviços de assistência e educação.”

Nesses centros manterão serviços diversos, como plantão para atendimentos de interessados, visitas domiciliares, bibliotecas infantis, reuniões educativas para adultos, curso primário “para proteger as crianças

cujas mães são obrigadas a trabalhar fora”, cursos de formação familiar... O tratamento dos casos será basicamente feito através de encaminhamentos, colocação em empregos, abrigo provisório para necessidades, regularização da situação legal da família e fichamento de assistidos. (CARVALHO; IAMAMOTO, 2006, p. 201)

Com o passar dos anos a história vai se modificando devido a mudanças estruturais no modo de produção capitalista e como o Serviço Social não está dissociado da realidade ele também sofre alterações em sua prática, tendo como marco o processo de Renovação da profissão no Brasil e ruptura com o conservadorismo do Serviço Social Tradicional. De acordo com Bravo (2013) nesse período o serviço social começa a se aproximar de outras áreas profissionais como psicologia e sociologia com o objetivo de adequar a profissão às mudanças do mercado de trabalho e serviços de saúde oferecidos pelo Estado.

Novas técnicas foram incorporadas - investigação social, ampliação do enfoque individual e o trabalho em grupo com pacientes e família - para a compreensão dos aspectos sociais, econômicos e políticos que perpassam o processo saúde-doença da população e “em decorrência das sistematizações existentes e do novo conceito de saúde, ampliaram-se, enfatizando a necessidade de ver a pessoa enferma como membro de uma família e de uma comunidade” (BRAVO, 2013, p. 98 apud TEIXEIRA, 2023, p. 25).

Segundo Lima (2017) as primeiras oposições políticas-ideológicas a esse perfil profissional conservador surgem na década de 1960 com o chamado Movimento de Reconceituação latino-americano.

Com origem a partir do chamado cone sul (Chile, Argentina, Uruguai, Paraguai e Brasil), em 1965, o Movimento de Reconceituação é deflagrado com a proeminente participação de Assistentes Sociais, nas malhas das relações contraditórias entre a política (já em crise) e a modernização conservadora, desenvolvida no processo de industrialização dos anos 1950; as lutas sociais pela construção de uma alternativa de sociedade que superasse as desigualdades sociais e; as relações de dependência dos países latino-americanos com o imperialismo (LOPES, 1998 apud LIMA, 2017, p.17-18)

O Movimento de Reconceituação do Serviço Social se desenvolveu em meio a um contexto de ditadura militar onde se apresentava como uma profissão em suas formas tradicionais com práticas caritativas e assistencialistas reforçadas pela autocracia burguesa. Nesse período os assistentes sociais agiam como meros executores das políticas sociais buscando manter a ordem e o controle na

sociedade. Com a reorganização do Estado pós-ditadura novas demandas surgem para o Serviço Social com a agudização das expressões da questão social devido à dinâmica capitalista. Netto (2005) afirma que com as modificações geradas na prática foram necessárias também, modificações no campo teórico e de ensino, “com a entrada das ciências sociais no âmbito da universidade o Serviço Social começou a mudar tendo com isso uma postura crítica para seus fundamentos”. (NETTO, 2005, apud VIANA; CARNEIRO, 2015, p. 3)

De acordo com Iamamoto (2010), o movimento de Reconceituação era dominado pela contestação ao tradicionalismo da profissão e um questionamento dos fundamentos e raízes da profissão, em busca de novos fundamentos teórico-metodológicos. Ao final da década de 1970 o debate e a produção intelectual do Serviço Social já começam a querer se modificar com algumas análises que vão emergir no bojo do Movimento de Reconceituação latino-americano e no movimento de Renovação Crítica do Serviço Social brasileiro.

Para Netto (2005) a Reconceituação do Serviço Social na América Latina e renovação da profissão no Brasil buscou a formação de uma pluralidade profissional onde os assistentes sociais passassem a ter uma visão crítica da sociedade e de sua atuação. Essa renovação é entendida por Netto (2005) a partir de três perspectivas: Modernizadora, Reatualização do Conservadorismo e Intenção de Ruptura. A primeira ganha força durante a crise do tradicionalismo profissional com o objetivo de adequar o serviço social às demandas oriundas da ditadura militar.

[...] uma perspectiva modernizadora para as concepções profissionais-um esforço no sentido de adequar o Serviço Social, enquanto instrumento de intervenção inserida no arsenal de técnicas sociais a ser operacionalizado no marco de estratégias de desenvolvimento capitalista, às exigências postas pelos processos sócio-políticos emergentes no pós-64. (NETTO, 2005, p. 154 apud VIANA; CARNEIRO, 2015, p. 4)

O ápice da Perspectiva Modernizadora foram seus três documentos fundamentais: Araxá (1967), Teresópolis (1970) organizados pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviço Social, mostrando a preocupação do movimento em aperfeiçoar seus instrumentos operativos e procedimentos técnico-metodológicos, sendo então um movimento que fica entre a ruptura e continuidade com o passado conservador da profissão.

Já a Reatualização do Conservadorismo, segundo Netto (2005) “é uma

perspectiva na qual se postula por um novo suporte metodológico para o Serviço Social, a partir de reflexões que limitam a atuação profissional do assistente social à ajuda psicossocial.” (GUEDES, 2019, p.1 apud NETTO, 1996)

Nesta perspectiva o caráter conservador da profissão não se erradicou, não trazendo então mudanças significativas à profissão, mas manteve e reforçou algumas práticas conservadoras.

A terceira perspectiva foi a Intenção de Ruptura que teve por objetivo romper totalmente com o tradicionalismo do Serviço Social Brasileiro recorrendo ao pensamento marxista que era visto como uma forma de progresso para a sociedade. “A perspectiva de intenção de ruptura deveria construir-se sobre bases quase que inteiramente novas; esta era uma decorrência do seu projeto de romper substantivamente com o tradicionalismo e suas implicações teórico - metodológicas e prático-profissionais” (NETTO, 2005. p. 250 apud VIANA; CARNEIRO, 2015, P. 5) Assim como o marxismo essa perspectiva se opõe à autocracia burguesa, formando uma massa crítica de assistentes sociais com o “marxismo acadêmico” que acredita numa mudança social através de assistentes sociais que se coloquem como agentes revolucionários transformadores da sociedade. Esse movimento emerge em Belo Horizonte na Universidade Católica de Minas Gerais por profissionais jovens e interessados em dar uma nova visão ao serviço social, “elaboraram (...) uma alternativa que procura romper com o tradicionalismo no plano teórico-metodológico, no plano da intervenção profissional e no plano da formação” (NETTO 2005.p. 263 apud VIANA; CARNEIRO, 2015, p. 5)

De acordo com Lima (2017), o Movimento de Reconceituação latino-americana foi a herança base para a renovação crítica do Serviço Social brasileiro na década de 1980. Nessa direção,

O que se operou foi uma retomada da crítica ao tradicionalismo a partir das conquistas da Reconceituação [...] comprometida com os interesses da classe trabalhadora, preocupada com a qualificação acadêmica e com a interlocução com as ciências sociais e investindo fortemente na pesquisa (NETTO, 2005, p. 17 apud LIMA, 2017, p.20).

Em setembro de 1979, um evento significativo para a profissão ocorreu: o "Congresso da Virada", organizado pelo CFESS, na cidade de São Paulo. Esse evento marcou um importante momento para a profissão. O objetivo principal desse congresso foi a discussão das Políticas Sociais buscando enfrentar e denunciar o

conservadorismo profissional: após esse congresso foram propostas mudanças pelos próprios assistentes sociais e um novo projeto ético político foi criado.

O Congresso da Virada é chamado assim, pois no ano de 1979 ocorreu o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais realizado nos dias 23 a 28 de setembro, promovido pelo Conselho Federal de Assistentes Sociais – CFAS, conhecido hoje como CFESS (Conselho Federal de Serviço Social) em São Paulo. Mediante a isso, o Assistente Social se posiciona de forma crítica, podendo fazer seus questionamentos para que haja um rebatimento mais amplo de sua ideia ao lado da classe trabalhadora, compartilhando seus conhecimentos e como consequência adquirindo-os. (Serviço Social e Sociedade. 1979. Nº 79. Ano XXV. São Paulo: Cortez, 2004).

Durante a década de 1980, o Serviço Social brasileiro avançou no seu processo de renovação teórico-metodológica, com o objetivo de superar abordagens conservadoras e tecnicistas, e adotar uma perspectiva crítica comprometida com a transformação social. Essa renovação evidenciou a necessidade de atualizar o Código de Ética, que não acompanhava as demandas e desafios da profissão.

Nesse contexto, a revisão do Código de Ética dos Assistentes Sociais em 1986 teve como propósito ajustar a profissão às emergentes demandas da sociedade e do campo do serviço social. O novo código incorporou princípios como a defesa dos direitos humanos, a promoção da justiça social, o respeito à diversidade e a luta contra todas as formas de discriminação e opressão. Além disso, enfatizou a importância da participação política e da ação coletiva para buscar a transformação social. Essa revisão do código foi um marco importante na consolidação da identidade profissional e na afirmação do serviço social como uma profissão comprometida com a ética e a defesa dos direitos. De acordo com Silva (2015), o referido código de ética representou um rompimento com o tradicionalismo e uma busca por liberdade, combatendo o conservadorismo. Entretanto, segundo Silva (2015) o código de 1986, ainda não se tinha desenvolvido por completo

No Código de Ética, em 1986, a ética profissional surgiu, pela primeira vez, como parte de um projeto, superando a perspectiva moral restrita aos sujeitos singulares. Porém a ética ainda não foi explicitada em sua natureza, do que decorreu a sua identificação com a política. Mas expressando uma mudança radical, a anterior subordinação da política à moral foi nele apresentada como uma subordinação da ética política. Estava, portanto, em curso a emergência de uma nova práxis política e que já tinha adquirido um sentido e uma substância bastante diversa daquela que anteriormente deriva da intenção singular dos indivíduos (BARROCO, 2009, p. 35)

Dessa forma, o ano de 1986 representa um momento crucial em que indica

uma mudança de direção, que irá se concretizar na década de 1990, quando as importâncias da ética e da política se tornam evidentes, adquirindo as condições necessárias para serem compreendidas e praticadas nas duas áreas distintas.

Segundo Barroco (2009), durante os debates realizados para a reformulação do Código de Ética de 1993, a dimensão ética da profissão recebeu uma análise inovadora, resultando no desenvolvimento de uma produção crítica embasada em filósofos e teóricos políticos, bem como em novas referências dentro do campo do marxismo e suas fontes. Nesse sentido, uma série de iniciativas práticas, que envolviam capacitação, mobilização, reflexão e debates éticos, articuladas com a política, foram promovidas pelas entidades representativas da profissão, demonstrando o entendimento da interligação dessas dimensões no projeto profissional (BARROCO, 2009 apud LIMA, 2017, p.24). A partir de 1993, o projeto de ruptura passou a ser reconhecido como Projeto Ético-Político, evidenciando a unidade entre ética e política.

O código de Ética de 1993, de acordo com Silva (2015), representa de fato o segundo processo passado pelo Serviço Social, agregando uma perspectiva teórico-crítica em relação à sociedade capitalista. Compõe-se através dos deveres e direitos que norteiam o exercício profissional do assistente social, de acordo com seus princípios e proibições que direcionam seu comportamento ético e político, além de sempre estarem direcionados aos Parâmetros para a Atuação do Assistente Social em seu cotidiano (BARROCO; TERRA, 2012 apud SILVA, 2015, p. 3). O Código de Ética de 1993, opõe-se quanto aos interesses do sistema capitalista, no que diz respeito à exploração do homem pelo modo de produção capitalista, em busca de uma nova sociedade sem opressão e a uma nova ordem, através de uma visão mais crítica diante da realidade, analisando a totalidade dos indivíduos, e utilizando de seu conhecimento abarcado das dimensões, teórico- metodológica, ético- política e técnico-operativo.

O Código de Ética Profissional de 1993, a Lei de Regulamentação da profissão também de 1993 e a construção das Diretrizes Curriculares da Abepss expressam o que hoje chamamos de PEP- Projeto Ético Político Do Serviço Social. O referido projeto:

Tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central a

liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Consequentemente, o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero. A partir destas escolhas que o fundam, tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e a recusa do arbítrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo – tanto na sociedade como no exercício profissional (NETTO, 1999, p. 104-105 apud LIMA, 2017, p. 24-25).

O Projeto Ético Político do Serviço Social amadureceu na década de 1990, Nesse período, o Serviço Social brasileiro já se apresenta como profissão consolidada, em relação à formação profissional, científica, lutas e movimentos que se concretizaram na constituição de Leis, projetos, planos de ações (Lei 8662/93). Uma profissão em crescente desenvolvimento em várias áreas, mas que ainda tem em seus históricos a área de saúde como principal empregador.

O Projeto Ético Político do Serviço Social se identifica com aspectos da Reforma Sanitária quando segundo Matos (2013) ambos entendem o mundo e o homem como vinculados a um projeto de sociedade não capitalista, enxergando o socialismo como uma alternativa, sendo ambos os projetos em defesa dos direitos sociais, defesa do que é público. Teixeira (2023) entende que o projeto da reforma sanitária foi uma estratégia de combate às múltiplas expressões da questão social que busca democratizar o acesso dos sujeitos a seus direitos sociais e principalmente um serviço de saúde de qualidade. “Dessa maneira, o Serviço Social compreende a necessidade dos aspectos sociais, econômicos, culturais e psicológicos estarem interligados para a compreensão da interferência que possuem na saúde dos indivíduos.” (TEIXEIRA, 2018, apud TEIXEIRA 2023, p. 25-26).

Reiterando o que já foi abordado anteriormente, a política neoliberal traz ameaças à implantação desses projetos, quando o projeto privatista ganha frente ao projeto da reforma sanitária desencadeando uma desresponsabilização do Estado para com as políticas sociais o que vai rebater diretamente no assistente social que é um executor das políticas sociais dentre elas a política de saúde, se fazendo necessária nesse momento união de forças e ocupação de espaços de controle sociais para a garantia dos direitos previstos na Constituição. Na década de 90, de acordo com Bravo (2000), surge uma nova orientação do papel do Estado baseada na hegemonia neoliberal, cuja Reforma Constitucional diretamente ligada à



Previdência teve um grande desmonte se tornando como seguro. Assim o Estado passou suas responsabilidades que antes eram suas, como, por exemplo, viabilizar o crescimento do setor econômico e social para o setor privado e assim, se tornando apenas o órgão responsável pela regulação e fiscalização.

É visível nesse sentido, o sucateamento das políticas sociais, direitos sociais e trabalhistas conquistados através de muitas lutas e embates na disputa de classes por meio da ofensiva neoliberal. A precarização em massa do trabalho e na previdência pública no país, cuja responsabilidade anteriormente do Estado passa a se tornar função do setor privado e que vem trazendo danos que são irreparáveis para as classes mais baixas sucateando também a educação. Toda essa desresponsabilização por parte do Estado em relação às demandas da população estimulou o crescimento da filantropia, que passou a desenvolver um papel de “acordo” com a sociedade civil tornando a saúde vinculada ao papel do mercado, que busca minimizar os custos desse desmonte.

Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contrarreforma propunha o SUS em dois: o hospitalar e o básico. (BRAVO, 2000, p. 14)

Observa-se no cenário do SUS uma grande polarização dos dois projetos em disputa, sendo da reforma sanitária juntamente com o projeto de saúde articulado ao privatista. Ressalta-se como aspectos que deram continuidade na política de saúde nos anos de 90 a focalização, precarização e a terceirização dos recursos humanos por exemplo. Que se deu através do aumento da contratação dos agentes comunitários de saúde e inserção de mais categorias sem sua devida regulamentação, além de falta de realização de concursos públicos, por exemplo, segundo Bravo: “A questão do desfinanciamento é a mais séria, pois está diretamente ligada ao gasto social do governo e é a determinante para a manutenção da política focal, de precarização e terceirização dos recursos humanos”.

Nesse contexto o projeto de reforma sanitária perde cada vez mais força para

o projeto de saúde voltado para o mercado, sendo assim princípios como o da universalidade estará ainda mais fragilizado e as políticas cada dia mais focalizados para as classes mais empobrecidas, se tornando necessária a defesa das propostas do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, segundo Bravo 2000, “para culminar, se a tentativa de eliminação das vinculações dos recursos da saúde se concretizar a política de saúde estará seriamente ameaçada e o SUS se voltará apenas o segmentos mais pauperizados da população.”

## 1.2 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Historicamente, o Serviço Social atuou na área da saúde dentro de uma perspectiva conservadora e moralizante. Um primeiro contato do Serviço Social com a área da Saúde ocorreu em 1940, quando é introduzido o curso de Preparação em Trabalho Social na Escola de Enfermagem Anna Nery, mas naquele momento não recebeu tanta atenção devido à interrupção causada no país pela Segunda Guerra Mundial. A construção desse hospital fez parte do projeto de ampliação de serviços de previdência e assistência social, voltado para a assistência à saúde do trabalhador. Segundo Souza (2015), após a restauração da democracia no país, o foco era ampliar os benefícios ofertados pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) dando maior atenção à assistência médica previdenciária.

A assistência à saúde dos segurados dos Institutos de Aposentadorias e Pensões era realizada mediante a contratação de serviços médicos hospitalares de instituições privadas. Na Bahia, os segurados do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETC) tinham acesso à assistência médica, hospitalar, dentária e farmacêutica em ambulatórios e hospitais conveniados. Os serviços de internação hospitalar eram oferecidos pelo Hospital Português mediante convênio estabelecido com o Instituto. A assistência médica era prestada em ambulatórios existentes na capital e em algumas cidades do interior do estado. (A TARDE, 20/11/1948, p. 15 apud SOUZA, 2015, p.4)

É nessa conjuntura que o governo busca construir uma rede de assistência médico-hospitalar a nível nacional onde cada Instituto ficaria responsável pela construção de um hospital e pela manutenção dos já existentes. De acordo com Carvalho e Iamamoto (2006) no contexto da Escola Anna Nery, o Serviço Social desempenhava um papel de apoio e assistência social às estudantes e funcionárias

da instituição. Os assistentes sociais da instituição auxiliaram na identificação e resolução de problemas sociais enfrentados pelos estudantes e funcionárias, oferecendo apoio emocional, orientação social e encaminhamento para serviços e recursos disponíveis na comunidade. Carvalho e Iamamoto (2006) apontam ainda que as profissionais também desempenhavam um papel educativo, promovendo a conscientização sobre direitos, saúde e questões sociais relevantes, representando um marco inicial na inserção do Serviço Social na área da saúde e na promoção do bem-estar social das pessoas envolvidas na instituição.

Segundo Bravo (2013), historicamente, no início da sistematização da prática do serviço social na área da saúde, o foco estava nas necessidades imediatas dos clientes, buscando resolver os problemas por meio de ações práticas, sem um embasamento teórico. Os profissionais seguiam uma rotina simples, como a manutenção de fichários e o fornecimento de assistência individualizada aos clientes. O aspecto mais importante para os assistentes sociais era a sua formação doutrinária e moral, assumindo a profissão como uma vocação. A dimensão técnica só ganhou significado posteriormente, com a influência da orientação norte-americana e de outras abordagens teórico-filosóficas (BRAVO, 2013).

Ainda de acordo com Bravo (2013), o assistente social não se questionava a respeito do funcionamento da ordem vigente, portanto seu significado social enquanto profissão na área da saúde se baseava numa ideologia político-conservadora, intervindo em atividades de maneira dispersa, sem continuidade, priorizando a seleção sócio econômica, o aconselhamento e visitas domiciliares com foco na doença.

Segundo Matos (2015), a atuação profissional na área da saúde foi influenciada pelas teorias positivistas e psicologizantes que visavam à manutenção da ordem vigente, sem questionamento. Nesse sentido, o serviço social desenvolveu discursos sobre os métodos a serem utilizados em cada intervenção, resultando na perspectiva conhecida como Serviço Social Médico. Nessa abordagem, o exercício profissional foi construído com base no modelo médico clínico, e, conseqüentemente, o assistente social foi posicionado como parte da equipe que colabora com o médico.

Nesse período, segundo Matos (2015) o serviço social no âmbito da Saúde

representava a profissão na qual era responsável pela construção de vínculo entre a instituição, família e usuário de forma a proporcionar um tratamento eficaz no pós-alta. A intervenção do assistente social nesse período ainda sofria forte influência do funcionalismo norte-americano, principalmente da metodologia de Serviço Social de casos individuais, que entende os problemas vividos pelos clientes como resultado de seu próprio comportamento e que dessa forma alterando seus hábitos iriam mudar sua situação, responsabilizando os indivíduos pelos seus problemas sociais.

Conforme mencionado no item anterior, a partir da década de 1970 o Serviço social brasileiro, no bojo das reflexões proporcionadas pela vertente de intenção de ruptura, e recebendo as influências do movimento de Reconceituação latino americano, passa a refletir de forma mais madura os impasses da profissão, se colocando em defesa dos movimentos sociais e das lutas mais gerais da classe trabalhadora. Nesse processo, a década de 1980 no Brasil foi palco das lutas sociais pela redemocratização do país, paralelo a esta, desenvolve-se as mobilizações pela Reforma Sanitária brasileira, compostas por profissionais de saúde e militantes de forma a modificar o modelo médico assistencial privatista. Mais adiante no contexto dos anos 1990, os princípios defendidos pela Reforma Sanitária provocaram mudanças no exercício profissional dos Assistentes Sociais na área da saúde, em consonância com os princípios do Projeto Ético-político hegemônico na profissão.

### 1.3 PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL E DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA

De acordo com Bravo e Matos (2004), o Brasil na década de 1980 passou por um contexto de crise social e econômica desencadeada pela ditadura militar, e nessa conjuntura se desenvolve um movimento de debate significativo no que se refere à saúde coletiva. O novo modelo de política de saúde que vinha sendo desenhado desde a década de 1970, ganha força em vista de fortalecer o setor público de saúde em detrimento aos privilégios característicos do âmbito privado.

Dessa forma, a década de 1980 foi um período de grandes mobilizações e efervescência política no país, segundo Bravo e Matos (2004), é nesse contexto que ocorre uma ampliação do debate político acerca das políticas sociais fundamentadas

no marxismo.

De acordo com nossos estudos sobre as questões referentes à política de saúde e as mudanças ocorridas ao longo da história, no Brasil o Movimento da Reforma Sanitária surge como resposta a problemas e desafios enfrentados pelos sistemas de saúde existentes. Esses problemas incluíam acesso desigual aos serviços de saúde, altos custos de assistência médica, baixa qualidade dos serviços, falta de coordenação entre os provedores de saúde e desigualdades na saúde da população. Esse movimento começou com a mobilização de grupos e organizações da sociedade civil que buscavam melhorias no sistema de saúde, incluindo profissionais de saúde, acadêmicos, defensores dos direitos dos pacientes e membros da comunidade.

De acordo com o Acervo da Reforma Sanitária (2018), este movimento emergiu na década de 1970, cujo nome retoma o conceito para referir-se ao conjunto de ideias presentes na época frente às mudanças, transformações e melhorias em sua totalidade que se faziam necessárias para a população no âmbito da saúde.

Enquanto o país passava pelo processo de redemocratização, o movimento ganhou consistência e avançou na produção de conhecimento, com a criação de órgãos como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979. Em meados dos anos 80, alguns dos integrantes do movimento conquistaram cargos importantes para a condução da política setorial: Sergio Arouca assumiu a Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro e Hésio Cordeiro, a presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (Inamps). (CHAGAS; TORRES, 2008)

A principal proposta do movimento pela Reforma Sanitária foi a defesa da Universalização das Políticas Sociais e garantia de direitos sociais, entendendo a saúde numa perspectiva, que abarca melhores condições de vida e de trabalho, considerando para além de suas condições biológicas, as determinações sociais que incidem nas condições de saúde dos sujeitos.

[...] A Reforma Sanitária [está] centrada nos seguintes elementos constituintes: a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e

seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social [...] c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças”, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral. Enfim, uma das vertentes críticas do movimento sanitário admite a Reforma Sanitária como um projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo. (PAIM, 2008, p.173 apud Capitinga, 2020, p. 86)

Nesse processo, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi um dos momentos mais importantes para a definição de uma nova política de saúde para o Brasil. Segundo Chagas e Torres (2008) a referida conferência foi realizada entre os dias 17 e 21 de março de 1986, fomentou cinco debates, com a participação de mais de quatro mil pessoas, e 135 grupos de trabalho, empenhados em construir uma proposta para o novo sistema de saúde. Dentre os cinco temas, os três principais debatidos foram: “A Saúde como dever do Estado e direito do cidadão; A reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o Financiamento Setorial”. O relatório final concluiu que para uma melhoria no sistema de saúde brasileiro não seria suficiente apenas uma reforma administrativa e financeira, mas também que o conceito de saúde fosse ampliado e se fizesse uma nova legislação.

O projeto do SUS foi todo formulado na 8ª conferência e seu relatório final apontava para um sistema de saúde separado da previdência e coordenado a nível federal por um único ministério. O financiamento seria feito por impostos gerais, sendo aprovadas na oitava conferência, “as propostas de integralização das ações, de regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviço e de fortalecimento do município, a necessidade de participação popular, através de entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão e na avaliação do sistema”. (CHAGAS e TORRES, 2008)

Questões referentes à saúde ganham mais destaque a partir da construção da Constituição de 1988 cabendo à saúde cinco artigos (de 196 a 200) “e nestes está inscrito que esta é um direito de todos e dever do Estado, e a integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único”. (BRAVO e MATOS, 2004, p.7).

De acordo com o Ministério da Saúde, “o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo”, que vai

desde atendimento de atenção primária, como aferição de pressão arterial, até atendimentos complexos como transplantes de órgãos e etc.

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica. (Ministério da Saúde)

Os três princípios do SUS são: Universalização: a saúde é um direito de todos os cidadãos e cabe ao Estado assegurá-lo independente de sexo, raça, ocupação, dentre outros. Equidade: tem por objetivo diminuir as desigualdades, entendendo que todas as pessoas possuem direito aos serviços, mas com necessidades e prioridades diferentes, investindo onde a carência for maior. Por fim a Integralidade: considera as pessoas como um todo buscando atender a todas as suas necessidades incluindo promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação pós-adoecer.

Como princípios organizativos têm-se: Regionalização e Hierarquização: os serviços são organizados em níveis crescentes de complexidade de acordo com cada área geográfica com conhecimento prévio de cada população. Descentralização: buscam distribuir a responsabilidade entre os três níveis de governo, Federal, Estadual e Municipal para garantir mais qualidade e controle pela população. Por fim a Participação Popular: a sociedade participando ativamente no cotidiano dos Conselhos e Conferências de Saúde, formulando estratégias e contribuindo para o controle e avaliação da política de saúde de cada município.

No âmbito do Serviço Social, como já destacado no item anterior, a década de 1980 foi fundamental para o entendimento da profissão, pois foi a partir desse período que ocorreu um amadurecimento da perspectiva de intenção de ruptura, hoje hegemônica na profissão. De acordo com Netto (1993) e Bravo (1996) o Serviço Social cresce nesse período em relação às fundamentações teóricas, mas na área da saúde houve pouco avanço no sentido de mudanças na intervenção profissional. Apesar de essas lacunas no fazer profissional:

A postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 85 e 89; a apresentação de alguns

trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde. (BRAVO, 1996 apud BRAVO e MATOS 2004, p.8-9)

Assim, a categoria se apresenta no campo da saúde ainda desarticulada com o movimento da reforma sanitária e poucas eram as produções em relação ao exercício profissional do assistente social na saúde.

Assim, mesmo que distintos – uma vez que o projeto ético-político do Serviço Social é uma corporação profissional e o da reforma sanitária seja um projeto de política social que se materializa como um serviço – ambos os projetos têm uma clara concepção de mundo e de homem, com uma nítida vinculação a um projeto societário não capitalista, apontando o socialismo como alternativo (MATOS, 2017, p.103 apud CAPITINGA, 2020, p. 83)

Matos (2013), ao analisar o Movimento da Reforma Sanitária e o Projeto Ético Político do Serviço Social aponta para semelhança entre os princípios defendidos por ambos os projetos. É na participação civil e política em seu exercício profissional, que segundo Capitinga (2020), os assistentes sociais vivenciam em seu cotidiano a crescente demanda dos trabalhadores por políticas e serviços efetivos. Assim a democracia vai ser compreendida como uma possibilidade de ultrapassar os limites impostos pela sociedade capitalista, em busca de equidade, igualdade e justiça social.

Conforme Nogueira e Mioto (2009), a democracia se configura como o núcleo duro da reforma sanitária, pois além da defesa do acesso aos bens e serviços de modo igualitário e universal da saúde, o movimento de reforma sanitária também defende o acesso ao poder, tendo por princípio a participação da comunidade, na condução, fiscalização e formulação do SUS, na perspectiva da cidadania. (CAPITINGA, 2020, p. 85)

De acordo com Nogueira e Mioto (2009), a universalidade que é prevista no Projeto ético-político é apreciada pelo movimento da reforma sanitária enquanto direito de saúde e em vista de romper com as desigualdades sócio históricas de acesso à saúde, que são muito características do contexto pré 1988, “é compreendida como a defesa de que todos independente da contribuição financeira ou não, tem direitos aos serviços públicos de saúde” (MATOS, 2017, p. 105).

Independente de qual campo de trabalho o assistente social esteja inserido, o projeto ético político necessita de constante aprimoramento, em vista de aguçar seu



lado investigativo que é fundamental para um exercício profissional competente. Netto (2009) afirma que a relação entre o assistente social e o usuário é apontada no PEP como uma relação em que o indivíduo deve ser respeitado como cidadão, tendo acesso às informações e recursos institucionais.

[...] o projeto prioriza uma nova relação com os usuários dos serviços oferecidos pelos assistentes sociais: é seu componente elementar o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, aí incluída a publicidade dos recursos institucionais, instrumento indispensável para sua democratização e universalização e, sobretudo, para abrir as decisões institucionais à participação dos usuários (NETTO, 2009, p. 155-156 apud CAPITINGA, 2020, p. 87)

Para Iamamoto (2015) o assistente social tem potencial educacional e político e deve buscar construir e ampliar os canais de participação popular que são espaços de questionamento e tomadas de decisões a respeito dos direitos e interesses dos usuários. O Movimento da Reforma Sanitária expressa a força dos profissionais da saúde em suas bases para lutar pela saúde, pautados em estratégias de ampliar o desenvolvimento de atividades que elevem a consciência de saúde dos usuários e os leve à mobilizações em busca de defender seus direitos.

No que se refere à saúde segundo Bravo e Matos (2004) o projeto da Reforma Sanitária começa a ser questionado consolidando-se apenas a partir da segunda metade da década de 90, e é nesse contexto que o setor privado de saúde ganha maior força no mercado, pois o objetivo do Estado neoliberal é desresponsabilizar o Estado para com as questões sociais garantindo o mínimo para quem não puderam acessar os bens fundamentais como a saúde que passam a ser mercadoria. “Como principais características destaca-se o caráter focalizado para atender as populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso”. (Bravo e Matos, 2004, p.10).

Bravo (1988) entende que a partir da década de 1990 dois projetos políticos colocam-se em disputa na área da saúde: o Projeto Privatista e o Projeto da Reforma Sanitária.

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psico-social através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio das práticas individuais.

O projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o

assistente social trabalhe as seguintes questões: busca a democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã. (BRAVO e MATOS, 2004, p. 10)

O Serviço Social na atualidade tem buscado pensar e intervir na área da saúde, por meio de três dimensões apontadas por Bravo e Matos (2004). No que se refere ao aspecto acadêmico o debate da profissão segue como referência o projeto da reforma sanitária e o projeto ético-político. No aspecto político, dentre outras questões, destaca-se o estudo do controle social na saúde onde Souza (2001) informa “uma tendência otimista do Serviço Social, já que há uma preocupação com o controle social da política de saúde e o potencial de contribuição que a profissão pode proporcionar”. Algumas preocupações apontadas por Souza (2001) são: “poucos trabalhos de assessoria aos conselhos desenvolvidos por assistentes sociais, pouca participação dos assistentes sociais de unidades de saúde nos conselhos e uma incidência pequena (uma assistente social) participante de conselho com uma concepção de saúde voltada para o mercado”.

Bravo e Matos (2004) afirmam que o Conselho Federal De Serviço Social (CFESS) representa a categoria em abrangência nacional com o objetivo de agir politicamente contra a ofensiva neoliberal.

Um dos eixos de suas frentes foi “Trabalho, direitos e democracia: a resistência ao neoliberalismo”, onde é reafirmada a defesa das políticas públicas, sendo compromisso com a seguridade social pública uma estratégia central. Para tanto, essa luta não se dá de uma maneira endógena e sim, em articulação com outros trabalhadores, onde os espaços de controle social são fundamentais. (BRAVO e Matos, 2004, p.12)

No referente aos serviços de fato, Vasconcelos (1999) considera que: “os assistentes sociais verbalizam um compromisso com a população usuária do SUS, mas não conseguem transformá-lo em prática concreta. Assim, identificou que esses profissionais ainda reforçam os objetivos da instituição e não os do projeto ético político da profissão.” Segundo Bravo e Matos (2004) um desafio comum a muitos autores que estudam o serviço social na saúde é o de “consolidar a ruptura com o serviço social tradicional, para tanto se faz necessário fortalecer o projeto de “intenção de ruptura”, responsável pela construção do atual Projeto Ético Político Nacional, e em especial, avançá-lo para os serviços, para o cotidiano de trabalho do

assistente social”.

O Código de Ética profissional apresenta fundamentos para o trabalho profissional do assistente social na área da saúde, destacando-se entre seus 11 princípios:

Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores; Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional. (Código de Ética Profissional 1993 apud BRAVO e MATOS, 2004, p. 18)

Portanto para que a atuação seja crítica e competente no serviço social na área da saúde é necessário:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição, bem como de forma comprometida e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho e rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto da reforma sanitária; Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas; Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde. (BRAVO e MATOS, 2004, p.18-19)

Na atual conjuntura os assistentes sociais têm o desafio de defender a democracia e as políticas públicas em articulação com outros sujeitos que compartilham desses mesmos ideais contra esse projeto social e econômico ultra neoliberal, e concordamos com Bravo e Matos (2004) quando afirmam que “não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusividade apenas de uma categoria profissional, mas de toda a classe trabalhadora”.

## **CAPÍTULO II - O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM UNIDADE HOSPITALARES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Este capítulo tem como objetivo analisar o exercício profissional do/a Assistente Social em unidades de urgência e emergência, destacando suas competências e atribuições nesse espaço sócio-ocupacional.

O papel do assistente social nas unidades hospitalares de urgência e emergência é de extrema importância para garantir que os pacientes sejam atendidos de forma integral e humanizada durante momentos vulneráveis em relação à saúde. Uma das principais responsabilidades do assistente social é realizar uma escuta qualificada dos pacientes e seus familiares, identificando suas necessidades e direitos dentro do hospital e também fora desse ambiente, buscando inseri-los em uma rede socioassistencial. Essa relação de confiança estabelecida é fundamental para enfrentar situações delicadas.

Como parte da equipe multiprofissional e interdisciplinar, o Assistente Social desempenha um papel fundamental, buscando o bem-estar social dos indivíduos para além do bem-estar biológico. Ao atuar nessas unidades, o assistente social trabalha em diversas frentes, as quais serão exploradas ao longo deste capítulo.

Dessa forma, inicialmente apresentaremos considerações sobre o Serviço Social na atenção hospitalar. Em seguida, será apresentada a pesquisa realizada nos anais dos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (2016-2022), com ênfase nas experiências profissionais em unidades de urgência e emergência.

### **2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA HOSPITALAR**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista para o povo brasileiro garantido pela Constituição de 1988, sendo este financiado por recursos da União, Estados e Municípios além de outras fontes suplementares de financiamento. Antes do surgimento desse sistema a saúde pública brasileira estava ligada à previdência social e à filantropia. O atendimento no SUS começa desde a prevenção e cuidados à saúde primária em unidades básicas de saúde, até chegar a situações mais extremas que necessitem de cuidados complexos e urgentes. A função dos hospitais é oferecer atendimento especializado de média e alta complexidade, como cirurgias,

tratamentos clínicos e etc.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), "os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilidade e de complicações de seu estado de saúde (...)". São componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Promoção e Prevenção de saúde; Atenção primária em Unidades Básicas de Saúde (UBS); Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e outros serviços com funcionamento 24 horas como o SAMU 192; Portas hospitalares de atenção às urgências; SOS Emergências; Enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos; Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: AVC, IAM, traumas e tc.

Dentro da Política de Atenção Hospitalar por meio da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, inciso IV, recomenda-se o NIR- Núcleo Interno de Regulação. Segundo o Ministério da Saúde (2021) o NIR "é uma unidade técnico-administrativa que realiza o monitoramento do paciente, a partir de seu ingresso no hospital, sua movimentação interna e externa até a alta hospitalar." Essa estrutura está ligada à direção geral do hospital devendo ser legitimada pela mesma, sendo entendida como importante para o planejamento estratégico dos hospitais tendo em vista a complexidade da rotina dessas unidades que devem ser aprimoradas para melhor atender os usuários do SUS.

De acordo com o Ministério da Saúde o NIR possui as seguintes funções:

1. Permite o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias;
2. Subsidiar discussões tanto internas, como externas (na rede de atenção à saúde), que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil de leitos hospitalares ofertados;
3. Aperfeiçoa a utilização dos leitos hospitalares, para redução da Taxa de Ocupação, Tempo Médio de Permanência, nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos, tanto no âmbito intra-hospitalar, quanto para outros serviços disponibilizados pela RAS;
4. Promove o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de gestão da clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais;
5. Permite e aprimora a interface entre a gestão interna hospitalar e a regulação;
6. Qualifica os fluxos de acesso aos serviços e as informações no ambiente hospitalar;

7. Otimiza os recursos existentes e aponta necessidades de incorporação de tecnologias no âmbito hospitalar;
8. Promove a permanente articulação do conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como das equipes multiprofissionais garantindo a integralidade do cuidado, no âmbito intra-hospitalar;
9. Aprimora e apoia o processo integral do cuidado ao usuário dos serviços hospitalares visando o atendimento mais adequado às suas necessidades;
10. Apoia as equipes na definição de critérios para internação e alta;
11. Fornece subsídios às Coordenações Assistenciais para que façam o gerenciamento dos leitos, sinalizando contingências locais que possam comprometer a assistência;
12. Estimula o Cuidado Horizontal dentro da instituição;
13. Subsídios a direção do hospital para a tomada de decisão internamente;
14. Colabora tecnicamente, com dados de monitoramento na proposição e atualização de protocolos de diretrizes clínicas e terapêuticas e administrativos.

Em 2021 o maior sistema público de saúde, o SUS, completou seus 31 anos de existência, sendo o único sistema de saúde pública do mundo que atende mais de 190 milhões de pessoas. Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde entre agosto de 2013 e fevereiro de 2014, juntamente com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelou que 71,1% da população foi a estabelecimentos públicos de saúde para serem atendidos. Deste total, 47,9% apontaram as Unidades Básicas de Saúde como sua principal porta de entrada aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)

Os dados coletados também pelo Ministério da Saúde apontam que as políticas públicas cumprem papel fundamental no acesso a medicamentos. Do total de entrevistados, 33,2% conseguiram pelo menos um dos medicamentos no SUS e 21,9%, por meio do Programa Farmácia Popular. Na avaliação do perfil dos usuários da rede pública de saúde, o estudo mostra que os serviços chegam a quem mais precisa. A proporção de indivíduos que mais tiveram acesso a medicamentos nos serviços públicos sobe para 41,4% na população sem instrução ou com fundamental incompleto e para 36,7% entre os de cor parda. O mesmo acontece com o Programa Farmácia Popular, ou seja, quem mais utiliza este serviço são as pessoas de menor escolaridade.

Depois das Unidades Básicas de Saúde, os serviços públicos mais procurados pela população são: 1°. Os de emergências, como as Unidades de Pronto Atendimento Público ou Emergência de Hospital Público (11,3%), 2°. Hospitais e serviços especializados: do total, 10,1% da população vão até um

Hospital Público ou Ambulatório quando tem um problema de saúde;3°. 1,8% vão aos Centros de Especialidades e Policlínicas Públicas, 4°. Os consultórios e clínicas particulares atraem 20,6% dos brasileiros;5°. 4,9% buscam emergências privadas.

De acordo com a cartilha “Urgência e Emergência” da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (2001), uma das principais causas de morte em pessoas com idade entre 15 e 49 anos são acidentes, envenenamentos e violência, passando à frente de doenças cardiovasculares e demais patologias.

A partir desse quadro observou-se a necessidade de melhorar a estrutura de atendimentos imediatos nas unidades hospitalares, implementando então “Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento de Urgência e Emergência”, que tem por objetivo atender aos variados níveis de complexidade de demandas emergenciais.

As unidades hospitalares foram estudadas pelas Comissões Intergestores Bipartite e enquadradas segundo os requisitos especificados nos “Critérios para Habilitação”, com objetivo de serem dotadas de condições necessárias para conformação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento Às Urgências e Emergências. (Ministério da Saúde, 2001, p.6).

O Serviço Social é considerado como uma profissão da área da saúde, expressão disto é a Resolução nº. 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde, assim como a Resolução nº. 383/99 do CFESS, que afirma seu reconhecimento como profissão da saúde, conquista que sem dúvidas, foi relevante para a profissão.

No contexto hospitalar de urgência e emergência, o Serviço Social deve estar sempre pronto para receber o inesperado, onde o seu cotidiano é composto por atendimento de demandas espontâneas, sendo imprescindível que o profissional tenha um plano de trabalho. É importante entender como a luta de classes se faz presente nesses espaços, em uma sociedade capitalista. De acordo com Carvalho e Iamamoto (2012) o assistente social possui na maioria das vezes uma formação crítica diante da realidade social a qual está inserido, porém muitas vezes é alienado pelo cotidiano e devido à falta de recursos, e à sua autonomia relativa derivada da sua condição de trabalhador assalariado, tende-se a sofrer frustração muitas das vezes em seus atendimentos.

O documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS,2010), destaca algumas particularidades de intervenção do Serviço

Social nos inúmeros programas da saúde pública, porém aponta quatro grandes pontos centrais de atuação dos Assistentes Sociais nessa área, que devem ser entendidos de maneira articulada: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. Para o desenvolvimento desse grupo de atividades, é essencial que as ações profissionais dos assistentes sociais estejam sempre em consonância com o Projeto Ético Político hegemônico do Serviço Social (CFESS,2010).

Porém, o mais relevante, no entanto, é que as atribuições e competências relativas ao profissional de Serviço Social na saúde se efetivem de fato com a finalidade de cooperar para a defesa das políticas públicas de saúde, na garantia dos direitos sociais, no fortalecimento da participação social e das lutas dos sujeitos sociais bem como para a viabilização do Sistema Único de Saúde e para o fortalecimento do próprio projeto ético-político do Serviço Social.

Durante o período de 2022 e 2023, uma das autoras deste trabalho realizou estágio em Serviço Social num hospital de atendimento de urgência e emergência em Juiz de Fora, e observou as frentes de trabalho do Serviço Social na saúde.

A partir da referida experiência damos destaque para: Ações educativas e informativas, como campanhas de doação de sangue e transplante de órgãos; Intervenção junto ao paciente sem documentação/identificação; Atendimento às demandas dos pacientes e familiares; Acolhimento aos familiares em caso de óbito; Atendimento às demandas dos acutelados e seus familiares; Orientações de questões trabalhistas e demais serviços que podem variar de hospital para hospital.

As ações, atribuições e competências que cabem aos assistentes sociais estão definidas nos parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde baseando-se na Lei de Regulamentação da Profissão (8.662, de 7 de junho de 1993), Diretrizes Curriculares e Código de Ética de 1993. Com base no que já citamos anteriormente o assistente social vai atuar junto a pessoas em situação de exclusão ou violação aos seus direitos.

Considerando ainda a experiência de estágio mencionada anteriormente observa-se que o cenário do exercício profissional dos assistentes sociais em um hospital público, expressa a realidade composta por indivíduos em diferentes



situações econômicas, familiares, sociais e de saúde. O profissional está para atuar juntamente com a equipe multiprofissional do hospital, pois é ele quem vai ter um olhar mais crítico para o lado social do/a usuário/a para além do lado biológico. O trabalho do assistente social se inicia quando o mesmo verifica uma necessidade de intervir e apoiar socialmente o usuário quando ele recebe demandas espontâneas de seus usuários no seu dia a dia, ou quando a família do usuário entra em contato para solicitar a devida assistência.

Nesse espaço de atuação existe a alta hospitalar e a alta social: muitas vezes o médico pode dar alta para aquele usuário, porém o assistente social deve enxergar para além das suas necessidades biológicas e a depender do caso fazer os devidos encaminhamentos para rede sócio-assistencial, para que aquele indivíduo tenha suas necessidades e direitos garantidos, por exemplo, em CRAS, CREAS, UBS, CAPS, entre outros. Outro ponto observado durante o estágio supracitado de uma das autoras é que a figura do médico tende a ser centralizadora e hierarquizada no âmbito hospitalar, gerando um modelo biomédico conservador predominante nesses espaços. Faz-se necessário a cada dia que o assistente social se imponha a respeito do seu lugar de trabalho, suas atribuições e competências.

Assim, observamos que em seu exercício profissional o assistente social consegue obter clareza e identificar seus aspectos sócio ocupacionais com os quais atua inserido nas três dimensões: técnico-operativa, teórico-metodológica e ético-política. A ético-política se caracteriza basicamente como os direcionamentos éticos, no que diz respeito ao modo de conduzir e realizar seus atendimentos aos usuários, seus princípios e valores, de forma que o profissional se identifique com o seu fazer profissional, porém sem pré-julgamentos, na busca pela emancipação dos sujeitos.

A dimensão teórico-metodológica se configura como profissional que realiza a capacidade de apreensão ao método e de que forma ele permite realizar uma aliança à prática profissional. Já para definir o técnico-operativo pensamos na atividade prática do dia a dia:

(...) a substância do existir é a prática (...) só se é algo mediante um contínuo processo de agir; só se é algo mediante a ação. (...) é na prática e pela prática que as coisas humanas efetivamente acontecem que a história se faz. (...) Por isso, a esfera básica da existência humana é aquela do trabalho propriamente dito, ou seja, é a prática que alicerça a existência

material dos homens. (SEVERINO, 1995, p. 47-48).

A dimensão técnico-operativa se caracteriza então como sendo a utilização de todas as técnicas em seu fazer profissional, compreendendo os instrumentos operacionais do serviço social. Ela se constitui como as estratégias e táticas que o profissional pode utilizar em seu fazer profissional. Além disso, constituem-se também como as habilidades utilizadas, seu conhecimento procedimental para a construção de estratégias de intervenção. Essas três dimensões estão diretamente interligadas entre si, materializando os princípios que estão dispostos no Código de Ética Profissional, Projeto Ético Político da profissão juntamente com os Parâmetros para a atuação do Assistente Social na Política de Saúde.

## 2.2 O TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA ÁREA HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A crise do Capital a partir de 1970 favorece a queda da ditadura e é a partir disso que os movimentos sociais e outras lutas em busca da Constituição de 1988 ganharam força.

O Movimento da Reforma Sanitária como já salientado no Capítulo 1 deste trabalho defende um modelo de saúde que considere para além dos aspectos biológicos dos indivíduos, os determinantes sociais que incidem para as condições de vida dos indivíduos, bem como os fatores culturais e econômicos.

Nesse contexto, segundo Teixeira (2023) o Serviço Social assume relevância no processo de luta e implantação de uma saúde pública de qualidade e universalizada, e com isso as ações dos assistentes sociais nesses espaços também vai se alterando ao longo da história. Inicialmente as demandas que chegavam até o serviço social na saúde, em especial nas unidades hospitalares eram:

Triagem socioeconômica, elaboração de fichas informativas sobre o “cliente”, como forma de auxiliar o médico no decorrer do tratamento, distribuição de auxílios financeiros para garantir o retorno do “cliente” à instituição médica, auxílio referente aos aspectos emocionais e psicológicos do tratamento, adequação do mesmo à instituição como uma maneira de garantir sua confiabilidade e acordo do tratamento com as obrigações profissionais do “cliente” mediante compreensão do empregador. Estas práticas eram denominadas de Serviço Social Médico (BRAVO, 2013 apud TEIXEIRA, 2023, p.24).

Os problemas de saúde dos usuários eram considerados culpa deles mesmos sob uma lógica individualizante e objetiva em vista de tratá-lo biologicamente para recolocá-lo o mais rápido possível na sociedade. O trabalho dos assistentes sociais era fazer com que o usuário entendesse que era ele mesmo o único responsável por suas condições de vida: “Os problemas vividos pelos ‘clientes’ eram frutos de seu próprio comportamento e que, portanto, mudando seus hábitos alterar-se-ia a sua situação” (MATOS, 2013, p.57 apud TEIXEIRA, 2023, p. 24). No período anterior a reforma sanitária de acordo com Bravo (2013) a atuação dos assistentes sociais na saúde eram com enfoque biológico no controle e educação dos pacientes para evitar doenças transmissíveis e hereditárias, conforme já destacado no item 1.3 deste trabalho.

Na atualidade com o projeto profissional hegemônico expresso pelo Projeto Ético Político, os profissionais em sua maioria buscam comprometimento com a efetivação dos direitos da classe trabalhadora, defesa dos princípios do SUS e da liberdade dos sujeitos. Teixeira (2023) afirma que o capitalismo gera desigualdades sociais que se manifestam também no âmbito da saúde e são nessas expressões que o profissional do serviço social vai intervir, sendo chamado a dar respostas “às condições de vida da população - como, a pauperização, a velhice e ausência de vínculos familiares - têm sido ‘problemas’ para os serviços de saúde” (MATOS, 2013, p.65 apud TEIXEIRA, 2023, p. 26).

Nesse sentido, as demandas que chegam ao serviço social são fruto das condições impostas pela perversidade do modo de produção capitalista e não devem ser tratadas de maneira individualizante. O documento “Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde” (2010) prevê que o trabalho do assistente social esteja sempre em consonância com os movimentos da classe trabalhadora e dos usuários do SUS, buscando facilitar o acesso aos serviços de saúde a partir de um trabalho em equipe interdisciplinar na área em vista de efetivar e aprofundar direitos que pela lei já foram conquistados.

Os eixos de atuação profissional se dão em diversos espaços de saúde desde a baixa até a alta complexidade, sendo eles segundo Teixeira (2023), atendimento direto aos usuários, mobilização, participação e controle social, investigação, planejamento e gestão, assessoria, qualificação e formação profissional.

O atendimento direto aos usuários acontece nas Unidades de Atenção à Saúde, ambulatórios, Centro de Saúde, Hospitais, CAPs - Centro de Apoio Psicossocial com ações, principalmente, socioassistenciais, de interdisciplinaridade e as de caráter socioeducativo (CFESS, 2010). As ações socioassistenciais são as mais expressivas no cotidiano profissional, caracterizadas pelas visitas domiciliares, avaliação socioeconômica, orientações individuais e coletivas, encaminhamentos intersetoriais, democratização de informações e de acesso. (TEIXEIRA, 2023, p. 28)

No que se refere ao eixo da mobilização segundo CFESS (2010) o assistente social deve buscar fortalecer os espaços de controle democrático com participação dos usuários e suas famílias juntamente com trabalhadores da saúde buscando garantir direitos de saúde por meio de Conselhos, Conferências, Fóruns e etc. Em relação à investigação a mesma faz parte da efetivação de uma gestão democrática com participação ativa dos usuários onde segundo Netto (2008) o profissional não somente executa as políticas públicas, mas sim se insere na formulação das mesmas. No que se refere à assessoria tem por objetivo qualificar cada vez mais os assistentes sociais a fim de melhorar a oferta de serviços de saúde “envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários (...)” (CFESS, 2010, p. 63 apud TEIXEIRA, 2023, p.29).

A inserção dos assistentes sociais em unidades hospitalares segue como base os princípios e diretrizes do SUS assim como em outros espaços de saúde, com foco nos determinantes sociais que como já visto interferem diretamente no processo saúde-doença dos usuários, “não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural” (NOGUEIRA E MIOTO, 2018, p. 12 apud TEIXEIRA, 2023, p.29,30).

**S**egundo o Ministério da Saúde os serviços de alta complexidade envolvem.

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SUS de A a Z, 2009 apud TEIXEIRA, 2023, p. 30)

Nesse cenário se encontram desafios para a consolidação da saúde quando os médicos acham que seu conhecimento é mais importante nos hospitais, sendo

essa uma visão distorcida que muitas vezes ocasiona uma falta de visão e opinião de outros profissionais sobre outros aspectos sociais da vida do paciente. De acordo com Guedes e Castro (2009) os hospitais devem tratar e curar, mas também prevenir e promover a saúde. Uma assistência em saúde que foque apenas nos saberes biomédicos vai fragilizar o trabalho interdisciplinar e deixar de lado a integralidade dos sujeitos e “a partir desta prática, não há o entendimento do conceito ampliado de saúde, pois o usuário não é atendido em sua integralidade.” (TEIXEIRA, 2023, p. 31)

Outra questão recorrente em hospitais é a falta de leitos que faz com que a rotatividade de pacientes seja alta, o que segundo Teixeira (2023) dificulta o trabalho do assistente social que fica muito restrito a tomar providências imediatas sem um caráter contínuo. O ideal é que a alta seja responsável, possibilitando condições ao usuário de ter continuidade nos cuidados de saúde ao retornar para sua residência, com um trabalho em rede para além do momento da internação. “O momento da alta possibilita ao assistente social a realização de intervenções com os familiares dos usuários, a partir de ações socioeducativas e socioassistenciais, os encaminhamentos necessários e a articulação com a rede para a garantia de recursos intersetoriais.” (FAGUNDES E SCANDAL, 2018 apud TEIXEIRA, 2023, p.32).

Vasconcelos (2019) destaca três demandas que chegam para o Serviço Social hospitalar: alta, remoção e comunicação de óbitos. Essas demandas vêm historicamente para a profissão, porém não cabem necessariamente ao assistente social, uma vez que chegam das mais diversas maneiras equivocadas possíveis.

Essas requisições não são novas. Reiteram velhas práticas em saúde que concebem as ações da equipe multiprofissional de saúde não médica como mero subsídio ao ‘ato médico’ ou por ele instrumentalizado. Além disso, também se vinculam às práticas do Serviço Social tradicional ou conservador. Assim, em meio às contradições da política de saúde, com intensa precarização, desfinanciamento, privatização e fragmentação, sem articulação e coordenação de enfrentamento em nível federal, com expressões de uma política genocida ao mesmo tempo em que extremamente privatista e ultraliberal, o Serviço Social é requisitado a reproduzir o perfil profissional tecnicista, voluntarista e conservador. (CORREIA e SANTOS, 2021, p.126 apud TEIXEIRA, 2023, p. 33).

Ao se deparar com essas demandas é fundamental que o profissional tenha plena consciência de suas atribuições e competências para que não desqualifique

sua prática profissional e nem prejudique os usuários, sendo “necessário explicitar o compromisso com as garantias da Política de Saúde e seu compromisso ético político assumido com a sociedade”. (TEIXEIRA, 2023, p.34)

Existe uma grande distância entre o que foi proposto no movimento de Reforma Sanitária e o que ocorre na prática do sistema de saúde vigente, onde o SUS muitas vezes é visto como algo restrito aos pobres, o que estimula cada vez mais o seguro privado de saúde: Segundo Tavares (2004), a Seguridade Social inscrita na Constituição de 1988 “foi uma construção interrompida de um projeto mais generoso de proteção social gestado a partir da redemocratização do país” (2004, p.11).

Essa configuração da Política de Saúde impacta diretamente o trabalho dos assistentes sociais desde a atenção primária até a hospitalar de urgências e emergências: o trabalho cada vez mais precário e a visão de que os assistentes sociais servem apenas para amenizar situações emergenciais de pobreza absoluta a qual a classe trabalhadora vem sendo submetida.

No próximo item analisaremos como os Assistentes Sociais compreendem seu exercício profissional no cenário de unidades hospitalares de urgência e emergência, a partir da análise das publicações nos Congressos Brasileiro de Assistentes Sociais realizados no período de 2016 a 2022.

### 2.3 O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: Experiências profissionais publicadas nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais – CBAS (2016, 2019 e 2022)

O Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (O CBAS) é um importante momento de organização política e profissional da categoria de assistentes sociais brasileiros, ganhando destaque a partir de 1979 quando o evento passou a agregar uma maior participação da categoria profissional e passou a receber trabalhos escritos pelos assistentes sociais e abriu um espaço para apresentação dos mesmos, sendo publicados em anais. Esses congressos marcam a luta e resistência dos assistentes sociais, sendo o maior evento do Serviço Social Brasileiro, de natureza político- científica com debates que agregam para a categoria (CBAS).

Para alcançar os objetivos definidos, analisamos os anais dos Congressos

Brasileiros de Assistentes Sociais dos últimos seis anos, isto é, os CBAS ocorridos nos anos 2016, 2019 e 2022, procurando identificar relatos de experiências dos/as assistentes sociais que trabalham em unidades hospitalares. Para a seleção dos artigos publicados no CBAS no período informado foram utilizadas as seguintes palavras – chave: “hospital, saúde, saúde hospitalar, urgência e emergência, unidades hospitalares, trabalho, assistente social, exercício profissional, pandemia, covid-19”. A partir dessas palavras encontramos 51 artigos no CBAS de 2016, 83 artigos no de 2019 e 42 artigos publicados no Congresso de 2022. Destes, foram selecionados apenas 11 que se encaixavam no nosso tema de estudo que é o exercício profissional do/a assistente social em unidades hospitalares de urgência e emergência.

A partir dessa filtragem foram feitos fichamentos dos artigos com o objetivo de organizar e registrar informações importantes e relevantes das obras selecionadas. Assim, a proposta desse item é destacar as principais ideias, conceitos, argumentos, entre outras informações importantes, sendo esse um instrumento facilitador do processo de pesquisa e gerenciamento das informações. Os artigos selecionados foram:

#### QUADRO 1: Artigos selecionados

Artigo	Ano	Autores
Formação e atuação profissional no contexto hospitalar: o serviço social na residência multiprofissional.	2016	Mariana Ramos dos Santos Barbosa Cintra de Souza,  Maria Lucia Garcia Mira
O processo de trabalho do assistente social: Desafios na construção do trabalho interdisciplinar no contexto hospitalar.	2016	Carmen Lucia Nunes da Cunha
Serviço social hospitalar: significado, competências e atribuições.	2016	Flávia Franco Salgado, Lucimar Bernardes
Serviço Social na emergência: o desafio da provisão.	2016	Mauricio Caetano Matias Soares
Saúde Hospitalar: a Intervenção do serviço social no atendimento às famílias enlutadas.	2019	Elciane Silva Gomes, Adriana Lima Barros
Serviço Social e atuação na rede de urgência e emergência: breves considerações.	2019	Gracyanne Gomes da Silva, Sâmea Moreira Mesquita Alves

Relato de redimensionamento do fazer profissional do serviço social em um hospital de urgência e emergência: o planejamento como ferramenta de sistematização e organização.	2019	Roraima Gomes de Araújo Alves, Jakeline Costa Rebouças, Leide Rejane Rodrigues Oliveira
--	------	---



Serviço Social e ações profissionais no hospital.	2022	Orlando Clementino ManungaChaximbe
Atuação do assistente social na atenção hospitalar em tempos de pandemia: desafios e possibilidades interventivas.	2022	Wássila Mariana Recepute Veloso, Jéssica De Cássia Costa Silva, Joice De Fátima Quelis, Laura Pires Gualberto Marçola
Reflexões sobre os processos de trabalho do Assistente Social hospitalar em tempos de pandemia.	2022	Kelly Krezinski Crivoi, Cristina Berger Fadel, Jussara Ayres Bourguignon
Ultra Neoliberalismo e o serviço social em um hospital de urgência e emergência: a atuação profissional na corda bamba.	2022	GéssicaAlanne Claudino Valentim, Jaciane Santos Da Silva, Lilian De Lima Espíndola ,Maria De Medeiros Martins, Mariana Larissa Da Silva

Elaboração própria Fonte: CBAS (2016-2022)

### 2.3.1 Atribuições e competências

A partir de conhecimentos acumulados ao longo da graduação e de acordo com o que foi estudado durante o curso de Serviço Social, relacionado aos Parâmetros de Atuação do Serviço Social até aqui, entendemos que: Atribuições e Competências são termos com significados relacionados, mas distintos. Atribuição é a tarefa ou responsabilidade designada exclusivamente a um profissional, no caso aqui o/a assistente social, sendo tarefa específica daquela profissão. Já a competência é a habilidade, conhecimento e capacidade que o profissional tem para desempenhar determinadas tarefas com eficiência e eficácia, mas não sendo privativa de apenas um determinado profissional. Apresentaremos aqui um compilado das informações encontradas nos artigos das três edições de CBAS, e assim faremos também no que for referente às outras temáticas que foram objeto de pesquisa.

Um assistente social pode trabalhar em diversos campos de atuação como educação, previdência, assistência e saúde, sendo que em todos esses espaços deve se orientar pelo código de ética e a lei 8662 de regulamentação da profissão. Então para entender o que compete ao profissional, apontaremos a seguir a compreensão presente nos artigos analisados sobre o que não são atribuições do Serviço Social.

Os autores Salgado e Bernardes (2016) apontam que “marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores

competentes" é uma atribuição do setor administrativo do hospital. Assim como a "Solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta", não cabem ao Serviço Social. A liberação do paciente deve ser realizada pelo profissional médico por meio da alta hospitalar, sendo atribuição do assistente social apenas a alta social do mesmo.

Ainda no âmbito das não competências, Salgado e Bernardes (2016) apontam que a "Identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar", não é atribuição do assistente social. Em geral existe uma central de vagas que é comandada por um médico regulador que distribui essas vagas de acordo com as demandas e especialidades necessárias. Ainda de acordo com Salgado e Bernardes não compete ao serviço social no âmbito hospitalar: pesagem e medição de crianças e gestantes; informar sobre alta e óbito; declarar comparecimento ao hospital quando o atendimento não for realizado por um assistente social; acompanhamento domiciliar pós-alta. Com isso percebe-se que os autores Salgado e Bernardes (2016) estão em consonância com o preconizado no código de ética e lei de regulamentação nº8662. O documento "Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde" (2010) elaborado pelo CFESS aponta como atribuições e competências do assistente social.

As atribuições e competências das(os) profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelas(os) profissionais, quanto pelas instituições empregadoras. (CFESS, 2010)

No que se refere aos direitos das (os) assistentes sociais, o artigo 2º do Código de Ética assegura:

- a) garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;
- b) livre exercício das atividades inerentes à profissão;
- c) participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais;
- d) inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;
- e) desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional;
- f) aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;

pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;

g) ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;

h) liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos. (CFESS, 2010, p.16)

A partir dessa consonância com o documento do CFESS (2010) as autoras Salgado e Bernardes (2016) apontam o que podem ser atribuído ao serviço social na atenção hospitalar: democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária; construir o perfil socioeconômico dos usuários; enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupais; facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação; conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais; conhecer e mobilizar a rede de serviços socioassistenciais, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social.

Ainda como atribuições e competências Salgado e Bernardes (2016) citam, fortalecer os vínculos familiares na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação; formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social; elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde; buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços”: nesse sentido o profissional busca orientar o usuário acerca de seus direitos dentro e fora do

hospital, dentro de suas possibilidades; emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009 (SALGADO E BERNARDES, 2016).

O Assistente Social na condição de trabalhador assalariado inserido na divisão sócio técnica do trabalho deve se submeter às normas da instituição empregadora, porém tem autonomia ao escolher a maneira de intervir nas situações. Segundo Soares (2016) ele pode apenas focar no fato de seguir exatamente os padrões institucionais sem se questionar sobre nada apenas visando receber seu salário no final do mês, ou pode para além de trabalhar apenas para sua sobrevivência, atuar de maneira mediadora entre classes, com ações reflexivas não se prendendo ao pragmatismo do cotidiano.

A diferença entre os dois é a de que o primeiro sabe sobre a postura intransigente das instituições e se justifica na condição de trabalhador e não interfere na relação instituição ou serviços x usuários, enquanto o segundo munido do conhecimento institucional e da realidade sócio política da instituição e de seus atores se mune de instrumentos que o auxiliarão na proposição de ações contra a violabilidade tanto dos seus direitos como os dos usuários. (SOARES, 2016, p.6)

Soares (2016) salienta em seu artigo que mesmo que o assistente social não escolha agir de forma crítica ele tem condições para isso ao ser dotado de conhecimentos específicos sobre a realidade das relações sociais oriundos de seus saberes acadêmicos e científicos. O assistente social deve conhecer a totalidade da realidade social, mas sem ignorar a singularidade e subjetividade dos indivíduos sociais.

No que se refere à comunicação do óbito, uma requisição que muitas vezes é feita ao Serviço Social no contexto hospitalar, Soares (2016) concorda com os autores Salgado e Bernardes (2016), enquanto profissional é o Assistente Social quem atua mais próximo às famílias e muitas vezes ficam com essa responsabilidade do momento inicial do luto, porém segundo o CFESS não é atribuição do Serviço Social a comunicação de óbitos, podendo participar da comunicação do óbito “[...]em conjunto com a equipe de saúde (médico, psicólogo e/ou outros)”, prezando pelo atendimento o atendimento à família e/ou responsáveis pelo usuário falecido. Nesses casos, caberá ao Serviço Social:

[...] esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação,

previstos no aparato normativo e legal vigente tais como, os relacionados à previdência social, ao mundo do trabalho (licença) e aos seguros sociais (Danos Pessoais causados por Veículos Automotores por via Terrestre – DPVAT), bem como informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento gratuito, traslado (com relação a usuários de outras localidades), entre outras garantias de direitos (CFESS, 2010, p. 53-54).

Gomes e Barros (2019) em concordância com Soares (2016) compreendem que o assistente social é um profissional que normalmente tem o primeiro contato com a família enlutada levando em conta a dor que é normal se fazer presente naquele momento, porém deve estar sempre buscando soluções para além dos limites das demandas institucionais, visando criar propostas de enfrentamento às expressões da questão social.

No artigo publicado por Gomes e Barros (2019) encontramos a discussão acerca da Política Nacional de Humanização em saúde (PNH). Dentre os objetivos da PNH as autoras destacam a abordagem acolhedora por parte dos profissionais e rápidas respostas e devidos encaminhamentos às demandas emergentes. Gomes e Barros (2019) afirmam que o acolhimento é a base da PNH sendo ali o momento onde será estabelecida uma relação de confiança entre usuário e profissional, porém ele deve ser realizado por toda a equipe e não somente pelo assistente social que muitas vezes já está sobrecarregado com as demandas colocadas.

Ou seja, são atividades que outros profissionais da saúde também poderiam realizar, tais como: acolher, ouvir e encaminhar ao atendimento necessário. Um atendimento humanizado é essencial em todas as áreas da saúde. Compreender a importância dessa humanização e incorporá-la no seu fazer profissional, implica em mudanças notórias no ambiente de trabalho, além da qualidade nos serviços prestados à população usuária, muitas vezes, tão sofrida e maltratada. (GOMES e BARROS, 2019, p. 4).

Para atuar de forma competente e crítica o profissional precisa seguir algumas diretrizes: estar articulado ao movimento dos trabalhadores; conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários; facilitar o acesso dos usuários a todos os serviços de saúde; buscar a atuação em equipe interdisciplinar.

Silva e Alves (2016) em concordância com as autoras citadas anteriormente compreendem como parte de uma atuação crítica e profissional do assistente social: Democratizar o acesso a serviços de saúde, realização de atendimentos mais humanizados, interagir a instituição com a realidade, trabalho interdisciplinar, abordagens grupais e acesso às informações com participação dos cidadãos.

Afirma-se que é necessário que os assistentes profissionais em suas práticas trabalhistas deve sempre pensar a partir de uma visão crítica da realidade para não cair no pragmatismo das imposições institucionais- o que é mais provável de ocorrer nos atendimentos de urgência e emergência que exige ações ágeis e imediatas para os usuários.

Nesta perspectiva, as ações profissionais devem apreender a realidade em sua dimensão ontológica, considerando o espaço no qual se realizam, a escolha de abordagens adequadas, que se aproximem dos sujeitos destinatários da ação e compatíveis com tal realidade. Todo esse processo se opera com base no planejamento, na documentação e num apurado senso investigativo. (MIOTO 2006, apud NOGUEIRA e MIOTO 2006, p.2)

Segundo Chaximbe (2022) a atuação do Assistente Social dar-se-á nos mais diversos espaços sócio- ocupacionais, seja desde a atenção básica até os setores de média e alta complexidade. As ações sócio assistenciais no setor hospitalar se demonstram através de uma luta repleta de obstáculos e moções.

É um processo longo e árduo, visto que nos deparamos com situações extremamente difíceis que não depende simplesmente do assistente social, mas da própria instituição, procuramos minimizar sempre esses problemas buscando soluções e aconchego. (Chaximbe, 2022. p, 2)

Crivoi e Fadel et al (2022) reafirmam que os assistentes sociais se caracterizam como profissionais da saúde. Possuem uma visão ampliada de saúde e através disso, desenvolvem um caráter emancipatório e humanizado dos sujeitos, na busca ativa pela participação política, sendo referenciado pelo projeto ético-político, na busca por uma sociedade mais justa e igualitária onde os indivíduos tenham sua dignidade garantida, direitos característicos da cidadania.

Já Valentim e Sila, et.al (2022) observam através de sua análise crítica diante da realidade social que os sujeitos são atravessados pelo caráter mediador de conflitos de interesses, o assistente social deve sempre articular suas intervenções visualizado e aplicando o projeto ético político hegemônico na busca pela emancipação dos sujeitos. É preciso também que o profissional entenda que as demandas são originárias da contradição capital x trabalho durante todo um processo histórico e conflito de classes pelo sistema capitalista, e através da mediação, entender que devemos assumir uma postura crítica diante da realidade do usuário, mediar os conflitos de interesses de classes, abrangendo a totalidade

dos usuários, em suas dimensões da singularidade, universalidade e particularidade.

### **2.3.2 Atribuições privativas e demandas**

De acordo com o que estudamos sobre essa temática durante a graduação e a partir de um acúmulo de conhecimento aprendido por autores que tratam dessa temática compreendemos que as atribuições privativas referem-se a tarefas ou responsabilidades que são exclusivas de uma determinada pessoa ou entidade, ou seja, nesse contexto somente o assistente social tem o poder e autoridade para executá-las. Essas atribuições são definidas por lei, as demandas se referem às solicitações ou pedidos de ações que são feitos a uma determinada pessoa ou entidade, no caso o assistente social. Às vezes algumas dessas demandas podem ser desempenhadas por outras pessoas. Nos artigos selecionados identificamos algumas atribuições privativas e demandas para o Serviço Social nas unidades hospitalares

Antes de trazer a concepção dos autores dos artigos sobre atribuições privativas em diversos espaços ocupacionais, é importante destacar quais são as atribuições privativas dos Assistentes Sociais, conforme CFESS (2010):

coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades em matéria de Serviço Social; realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação quanto pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço social; elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos e outras formas de seleção para assistentes sociais, ou onde seja aferido conhecimentos inerentes ao Serviço Social; coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de serviço social; fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federais e Regionais; dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional. (CFESS, 2010, p.18-19)

Cunha (2016) relata que na sua experiência no Hospital de Porto Alegre o Serviço Social trabalha com o atendimento direto aos usuários, propõe grupos

semanais de apoio aos usuários e seus familiares, capacitações semestrais em equipe para os funcionários do hospital, promoção de campanhas de alerta a fatores de risco do AVC, supervisão de estágios e coleta de dados sobre os usuários para futuras intervenções.

Segundo Salgado e Bernardes (2016), no Hospital do Município de Porto Real localizado no Estado do Rio de Janeiro: os assistentes sociais atuam individualmente e em equipe a depender da demanda. O perfil predominante dos pacientes foi indicado como sendo idosos com diagnóstico de câncer em estágio já evoluído, pessoas hipertensas e diabéticas que por agravamento dessas doenças evoluíram para um quadro de AVC, amputação de membros, uso de próteses, incapacidades psicomotoras e também muitos pacientes renais crônicos dependentes de hemodiálise.

Todas essas doenças exigem um acompanhamento contínuo dentro e fora do hospital, sendo que fora se faz necessário um cuidador especializado para aquele usuário: isso produz para o serviço social demandas que: envolvem a inserção e a manutenção no tratamento de saúde, afinadas a situações sociais de dimensões políticas, econômicas, culturais, sociais e ideológicas, que devem ser observadas e trabalhadas em condição dinâmica e imediata, devido ao curto período de permanência do paciente na unidade. (SALGADO e BERNARDES, 2016, p.3)

Nessas demandas o Serviço Social identifica desafios na elaboração de estratégias de intervenção nas situações de níveis diferentes de complexidade, sendo que essas estratégias precisam estar articuladas ao cenário político, social e econômico atual do Brasil, que a partir do neoliberalismo vem sucateando cada vez mais as políticas públicas e sociais.

De acordo com Soares (2016), primeiramente o assistente social deve dar respostas imediatas às demandas devido à sobrecarga das mesmas, quando muitas das vezes a demanda de doença que chega até o hospital é reflexo das expressões da questão social como, casos de violências das mais diversas formas, abandono, fome, miséria, violação de direitos em geral.

De acordo com Gomes e Barros (2016), a Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem como características: superlotações, filas enormes, precarização dos ambientes de atendimento, número insuficiente de profissionais, falta de capacitação da equipe e etc. Nesse contexto é posta a necessidade de uma assistente social nas RUE 's por ser ele o profissional responsável por demandas sociais de pacientes e



familiares acompanhantes, entendendo o conceito de saúde para além da ausência de doenças.

Já para Silva e Alves (2019), que trabalham em seu artigo sobre a questão do atendimento às famílias enlutadas, o atendimento do Serviço Social hospitalar dar-se-á nos seguintes âmbitos: Acolhimento, internação, alta-segura e ações sócio educativas.

O acolhimento é um dos princípios da PNH cujo principal objetivo é promover um atendimento inicial com escuta de qualidade, mais organizado e humanizado. "...o trabalho em equipe multiprofissional desde o primeiro contato com o usuário no Acolhimento hospitalar contribui para uma intervenção mais individualizada do paciente e suas necessidades em saúde. (Portaria Nº 2.338, de 3 de outubro de 2011, p.5).

Nesse âmbito o Serviço Social da Unidade em que Silva e Alves (2019) atuam, desenvolve as seguintes ações:

Contribuição na organização da rotina da porta de entrada, fortalecendo as ações de acolhimento e a Política de Humanização do atendimento;  
Esclarecimento sobre normas e rotinas hospitalares;  
Identificação das situações dos usuários e as possíveis demandas  
Articulação com o Serviço de Acolhimento Especializado, Espaço Mulher, SAEM, existente na Unidade, para atendimento em casos de violência contra a mulher;  
Articulação da Rede de Serviços em Saúde para os encaminhamentos que se fizerem necessários, de acordo com a demanda (SILVA e ALVES, 2019, p.5)

Silva e Alves (2019) ainda destacam as seguintes ações desenvolvidas pelo Serviço Social, no âmbito da internação, sendo elas”:

Plantão Social- atendimento às demandas espontâneas e/ou direcionadas para outros setores do hospital;  
Visitas diárias aos leitos-para identificação do perfil socioeconômico dos usuários, questões referentes ao acompanhamento hospitalar, visando identificar demandas a serem trabalhadas durante a internação;  
Captação de doadores de Sangue- sensibilização e motivação das famílias/responsáveis e comunidade sobre a importância da doação de sangue para manutenção do estoque do hemocentro/MA;  
Encaminhamentos das demandas de pacientes internados a Equipamentos Sociais Externos - viabilizando acesso aos Serviços e Benefícios assistenciais e previdenciários, ou outros interesses concernentes à internação, promovendo a integralidade das ações;  
Assistência à família após óbito do usuário - orientando quanto aos direitos pertinentes, bem como intervindo junto aos órgãos devidos, nos casos de óbito de usuários desacompanhados, com ou sem vínculos familiares ou vivência de rua, ou sem reclamantes, realiza busca ativa e demais encaminhamentos, obedecendo aos protocolos legais por ocasião de morte traumática (IML) ou morte sem prévio diagnóstico (SVO); encaminhamento a rede de Apoio e Proteção Social nos municípios para obtenção de auxílio

funeral e remoção do corpo;  
 Orientações e encaminhamentos das demandas de pacientes internados aos Serviços da Rede de Saúde, através da Integralidade das Ações;  
 Acompanhamento às situações de risco ou vulnerabilidade social, com traços evidentes de violência (seja física, por abandono, por negligência etc.), ou não. (SILVA e ALVES, 2019, p. 7).

Em relação à “alta segura”, os autores enfatizam que esta se relaciona com uma alta hospitalar enquanto processo que inclui a participação de familiares, cuidadores e profissionais. Para que a alta seja segura são necessários cuidados na transição do hospital para a casa buscando qualidade no serviço social de dar as melhores informações acerca de cuidados e direitos do sujeito, em vista de diminuir o número de reiterações nos hospitais (SILVA e ALVES, 2019).

As Ações Socioeducativas, por sua vez, se dão por meio de orientações e informações individuais, grupais e para a população em geral para que saibam como funcionam as unidades hospitalares, seu cotidiano, estudos realizados e etc. Dentre as principais ações realizadas no eixo de ações socioeducativas pelo Serviço Social os autores destacam:

Ações coletivas de orientação aos usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças e informações da rede de atendimento;  
 Participação em campanhas preventivas;  
 Elaboração e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral. (SILVA e ALVES, 2019, p.8)

Essas ações servem para promover mobilização, participação e controle social, sendo esses, espaços para que os usuários apontem suas reivindicações em relação à política pública de saúde, se organizando enquanto classe e sujeitos políticos.

As autoras Alves e Rebouças et.al (2019) reafirmam a necessidade de um exercício profissional competente dentro dos hospitais, que saiba identificar as demandas que chegam até o serviço social e atender da maneira mais qualificada possível. Conhecer a realidade como um todo de cada usuário para além da saúde física a partir da investigação evitando uma intervenção fragmentada, pensando dialeticamente dia a dia o seu fazer profissional gerando contínuas mudanças que realmente melhorem a qualidade de vida dos usuários que já estão fragilizados pelo processo da doença: O planejamento possibilita eficácia, eficiência e efetividade no

desenvolvimento dos trabalhos na busca de garantir o cumprimento dos objetivos previstos.

Segundo Chaximbe (2022), por meio da visão crítica do profissional diante da realidade social de seus usuários, ele representa um papel fundamental no atendimento integral visando atender as necessidades dos indivíduos. Em seu cotidiano, apesar de não possuir todos os recursos necessários para atendimento aos usuários, seja de pessoal necessário para a realização dos trabalhos, ou instrumentos necessários, os profissionais buscam cumprir seus deveres para que dessa forma os usuários possam acessar seus direitos.

Já nos estudos de Veloso e Silva et.al (2022), as principais demandas são relacionadas à orientação ao acesso de auxílio-doença dos trabalhadores do mundo informal, que devido às grandes alterações no mundo do trabalho a partir da chegada da pandemia, sofreram impactos vistos até hoje: como por exemplo, períodos em que foram acometidos por enfermidades ou doenças, que estavam incapacitados de trabalhar e possuir sua própria renda, sendo encaminhados principalmente para o Centro de Referência de Assistência Social – CRAS.

Ainda de acordo com Veloso e Silva et.al (2022) no âmbito hospitalar, os assistentes sociais através de suas intervenções, realizam as ações socioeducativas que representam ferramentas para intervir e assim fortalecer sua autonomia, voltados para promoção de seu papel de cidadão ativo na sociedade e busca por sua emancipação, já que grande parte da sociedade hospitalizada representa a classe trabalhadora que está vulnerável às determinações sociais do sistema capitalista. Com base nisso, o assistente social como profissional fundamental para criação de vínculos com os indivíduos e participante da luta coletiva e da equipe multidisciplinar, deve apropriar suas habilidades com base em seus instrumentos para que juntos possam intervir diante da realidade de seus usuários.

O Hospital Universitário de Ponta Grossa, localizado no estado do Paraná, foi objeto de estudo dos autores Crivoi e Fadel et.al (2022) . O referido hospital atende demandas de média e alta complexidade entre outros setores também, teve de se mobilizar e se reorganizar para adaptar-se às novas mudanças da pandemia COVID-19, como restrição de visitas (apenas para casos mais graves e emergenciais), utilização de tecnologias como chamadas por vídeo, entre outras

ferramentas e estratégias para enfrentamento do Covid-19, ressignificando seus instrumentos que antes já eram utilizados, como a escuta qualificada, acolhimento e a entrevista para a forma remota, porém sem perder todo o vínculo com os usuários.

Para Crivoi e Fadel et.al (2022) as ações sócio educativas ganharam grande força e maior importância visto nesse período pandêmico, visto que fizeram grande diferença no contexto dos familiares dos pacientes, pois através do assistente social, era percebida a efetivação do acesso e garantia de direitos dos sujeitos, orientando acerca de benefícios e direitos da classe trabalhadora que foi a mais afetada pelos reflexos da pandemia, sem permitir que ocorresse a violação de direitos dos usuários.

Valentim e Silva et.al (2022) percebem então a diversidade de demandas presentes no âmbito da saúde das unidades de urgência e emergência de maneira geral, tais como: visita em leitos para usuários em observação, acompanhamentos, demandas dos próprios internos, articulação e contato com a rede socioassistencial, realização de relatórios, pareceres, orientações de forma geral sobre os serviços de saúde e encaminhamentos para a rede socioassistencial, entre outros serviços. O que predomina neste ambiente são principalmente intervenções rápidas e precisas diante da realidade social destes locais, visto que por possuírem uma alta rotatividade de pessoal, as respostas devem ser rápidas pelo caráter emergencial e de urgência destes hospitais.

### **2.3.3 Limites, possibilidades e desafios do exercício profissional**

Por fim, analisamos as falas relacionadas aos limites, possibilidades e desafios encontrados pelos autores. Limites e possibilidades de acordo com o que já foi estudado e construído em relação a esse conceito são termos referentes a aspectos opostos de uma determinada situação a ser vivenciada. Os limites referem-se a barreiras ou restrições que impedem ou dificultam a realização de algo, no caso deste trabalho o exercício profissional dos assistentes sociais nas unidades hospitalares de urgência e emergência. Essas limitações podem ser físicas, psicológicas, financeiras, sociais ou culturais, obstáculos que precisam ser superados para que os devidos objetivos sejam alcançados. As possibilidades se referem a oportunidades e recursos que podem ser materiais, financeiros,

intelectuais ou sociais, por exemplo. As possibilidades podem ser percebidas como recursos que devem ser explorados para se alcançar os objetivos dentro do Serviço Social Hospitalar.

Todos os onze artigos lidos concordam que o exercício profissional interdisciplinar é de extrema importância para um atendimento eficaz, porém esse ainda é um desafio para a maioria dos hospitais onde o médico tem a figura centralizadora e o trabalho se dá de maneira hierárquica.

Para Iamamoto (1998) a interdisciplinaridade é a capacidade de transitar entre os diversos espaços de determinado objeto para identificar sua pluralidade a partir dos conhecimentos de diferentes profissões construindo um conhecimento global

...no sentido de romper com a univocidade de discurso, de teoria, para abrir-se à interlocução diferenciada com outros. Isso significa romper com dogmatismos, muitas vezes cultivados no interior da profissão. Aprendendo a sair de seu modo de pensar e de sua metodologia consagrada, ele (o cientista) abandona a rigidez e a fixação em mundos que julgava absolutos. (IAMAMOTO, 1998, p.157)

Sendo assim a interdisciplinaridade é considerada uma postura profissional importante para o Serviço Social conhecer melhor determinada realidade social que pode e deve ser vista por diferentes ângulos, proporcionando assim um enriquecimento de saberes compartilhados em campo gerando uma aprendizagem mútua.

Para Carmem Cunha (2016) as práticas interdisciplinares são fundamentais para atuar com ética e humanização, a partir de um trabalho qualificado composto por uma construção de diversos conhecimentos, sendo preciso qualificar o conhecimento para qualificar a intervenção.

A socialização de informações envolve uma relação democrática e aberta à reflexão e à crítica e através dela procura-se tornar transparente, ao sujeito que busca os serviços, as reais implicações de suas demandas, assim como os meios e condições de ter acesso aos direitos. (CUNHA, 2016, p. 7)

Algumas práticas de saúde ainda são muito fragmentadas e segundo D'Amour e Landasan, (2005, p. 188) o trabalho "interprofissional" seria uma prática eficaz para melhor atender as necessidades dos usuários, família e comunidade. Assim como em outros campos de atuação, o trabalho do profissional de Serviço Social na Saúde tem como objeto de intervenção as múltiplas expressões da

questão social.

Souza e Mira (2016) apontam que o profissional se encontra dividido e fragmentado entre duas situações no momento de sua atuação profissional: a grande capacitação intelectual dos sujeitos para lidarem com o trabalho manual; e por outro lado condições precárias de trabalho, sendo identificados nesse cenário os residentes multiprofissionais. O relato de experiência profissional dos autores Souza e Mira (2016) aponta a equipe do hospital universitário da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), composta por 28 assistentes sociais e mais 26 profissionais, alunos integrantes do Programa de Residência Multiprofissional. A pesquisa apresentada pelos autores Souza e Mira (2016) em seu artigo tem como objetivo entender mais sobre a inserção do Serviço Social no Programa de Residência Multiprofissional, onde estudaram a formação profissional de um assistente social residente e qual as suas visões sobre a atenção integral no interior das equipes de saúde. Para as entrevistas foram escolhidos residentes de quatro programas distintos, sendo as mesmas conduzidas segundo um roteiro, e a partir dessas entrevistas levantaram dados acerca de: Concepções de Saúde no contexto hospitalar, Potencialidades do Programa de Residência, Limites do Programa de Residência e Condições de trabalho do programa de residência. Sobre compreensão de saúde as respostas dos entrevistados foram:

“Olha, eu penso que não dá pra pensar a saúde pela ausência de doenças, porque a saúde é o resultante das condições de vida, de moradia, lazer, saneamento básico do sujeito. Então é essa somatória de condições que coloca o sujeito de uma forma no mundo.” (Dani – R2) (SOUZA e MIRA, 2016, p.8).

“Saúde como está na teoria... Bem estar social, psíquico... Mas assim, isso de fato não acontece aqui. E é muito complicado, porque eu acho que a questão da saúde está vinculada à moradia, por exemplo. A questão da saúde está vinculada à questão do transporte, à questão do acesso à educação. Muitas vezes isso não tem uma visibilidade dentro do Hospital São Paulo pela equipe.” (Bruna – R1) (SOUZA e MIRA, 2016, p.8).

A partir dessas falas compreendemos que é necessário que a saúde seja entendida em seu conceito ampliado para além da condição biológica do sujeito, e que dentro dos hospitais o trabalho interdisciplinar é muito importante. Porém infelizmente ainda há uma grande centralidade na figura do médico de forma hierarquizada e muitas vezes o foco se encontra apenas no seu quadro clínico,

ignorando os aspectos sociais e psicológicos dos usuários.

Com a constante precarização das condições de trabalho, Souza e Mira (2016) compreendem que muitas vezes o profissional se vê sobrecarregado de serviço tendo que intervir em múltiplas demandas que chegam para atendimento do Serviço Social, podendo esse ser considerado um limite para intervenção profissional.

A legislação do hospital da UNIFESP prevê um profissional assistente social exclusivo para atender os usuários internados no que se refere às suas demandas sociais e de seus familiares, porém na prática o profissional atende outras unidades e outros programas da instituição, o que faz com que os atendimentos sejam cada vez mais curtos e percam sua qualidade.

Já problemática abordada inicialmente por Cunha (2016) é referente à superlotação dos hospitais da cidade que vão resultar em atendimentos de má qualidade devido à falta de estrutura: “Fato que reflete no cerceamento de acesso dos usuários nos serviços de saúde, violando o princípio fundamental de saúde como política pública universal, mantida como dever do Estado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).” (CUNHA, 2016, p.1) Essa realidade refletida no âmbito hospitalar deve ser entendida como expressão do conjunto de reformas colocadas pelo modo de produção capitalista que buscam cada vez mais lucro a partir da mercantilização e privatização que tem limitado a cada dia mais a ação e participação do Estado.

As exigências impostas pelos empregadores aos profissionais do serviço social no quadro da organização social e técnica do trabalho, (...) estabelecem funções e atribuições, impõem regulamentações específicas ao trabalho a ser empreendido no âmbito do trabalho coletivo, além de normas contratuais (salário, jornada, entre outras), que condicionam o conteúdo do trabalho realizado e estabelecem limites e possibilidades à realização dos propósitos profissionais. (IAMAMOTO, 2006, p.32 apud Cunha, 2016, p.4)

Inserido nesse cenário o autor destaca que os profissionais da saúde pública do Brasil em geral e não somente os do hospital que ele observou têm vivenciado um cotidiano de trabalho turbulento e estressante, sofrendo muitas pressões externas e muitas das vezes sendo culpabilizados pelos usuários pela falta de qualidade dos serviços.

Segundo Soares (2016) faltam recursos materiais para o trabalho, as

estruturas das instituições estão precárias e as terceirizações geram contratos precários de trabalho. Em contrapartida ele destaca que não só os funcionários se sentem culpabilizados pelos maus atendimentos, mas também os usuários dos mesmos, que muitas das vezes são levados pela alienação a pensar que são responsáveis por sofrer determinada doença, e que precisam se virar para arcar com os tratamentos, juntamente com a sociedade em que convive e o seu círculo social, o que gera um conflito interno do profissional com ele mesmo, que fica dividido em si mesmo entre a manutenção de seu trabalho como trabalhador assalariado e o seu compromisso ético político com a profissão.

Ainda de acordo com Soares (2016) o desmonte do Estado que vem acontecendo após a década de 70, onde seu compromisso com a proteção social diminui cada vez mais e a condição de cidadão dos sujeitos vem sendo substituída pela condição de consumidor, em resumo o direito é tratado como mercadoria. Com esse vazio na proteção social os indivíduos não encontram nos serviços públicos respostas às suas necessidades sociais do dia a dia, em resposta a isso quem possui recursos financeiros recorre ao mercado, mas e quem não possui? Recorre à sociedade, a caridade, filantropia, ONG 's e etc.- Segundo o autor esse seria um terceiro viés não sendo contemplado nem pelo direito e nem pelo mercado. “O que caracteriza uma nova mutação em relação a concepção de serviços sociais, que saem da condição de concretização de direitos, passa pela sua mercantilização e retorna ao viés da caridade e do favor.” (SOARES, 2016, p.8)

O texto de Gomes e Barros (2019) levanta a temática da questão dos óbitos e do luto dentro dos hospitais. Dentro do Serviço Social a questão obituária ainda é pouco estudada, e praticamente apenas aqueles profissionais que estão inseridos em contato hospitalar é que vem a ter contato e atuar nesse processo de saúde-doença-morte. Na concepção dessas autoras, esse é um campo de atuação antigo do Serviço Social e entende que o CFESS ainda deixa lacunas no tangente a esse tema, o que se configura como um limite para o trabalho profissional.

A instrução normativa do CFESS aponta que “na área da saúde há requisições históricas colocadas aos assistentes sociais que não são consideradas atribuições profissionais”, tais como:

marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização



para tais procedimentos aos setores competentes; solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;  
identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;  
pesagem e medição de crianças e gestantes;  
convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;  
comunicação de óbitos;  
emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social;  
montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes. (CFESS, 2010, p.44-45 apud CFESS, 2012, p.14,15).

A grande preocupação de estudiosos críticos é de que as equipes dentro do hospital parece não interagir como deveriam, apenas complementando seus conhecimentos sobre partes do corpo, não considerando o usuário como sujeito principal da saúde, mas sim apenas mais um objeto da mesma, quando na verdade são muitas circunstâncias que envolvem a saúde das pessoas e as respostas sociais a essas demandas também precisam ser diversificadas não podendo ser algo engessado para todos os casos. Silva e Alves (2019) ressaltam que o trabalho multiprofissional ainda que de extrema importância, tem sido um desafio para o Serviço Social em diversas instituições, mas principalmente na área da saúde onde a equipe profissional é maior e seu objeto de trabalho não é tão visível (SILVA e ALVES, 2019).

Segundo Silva e Alves (2019), historicamente o assistente social tem um desafio para delimitar seu espaço de intervenção no ambiente hospitalar, atuando na atenção interdisciplinar nas demandas sociais e biológicas dos usuários. Independente de que demandas cheguem até o assistente social pelos seus superiores, ele deve buscar estar sempre pautado no projeto ético político hegemônico da profissão não intervindo naquilo que não for sua atribuição e competência, posicionando-se como sujeito ativo na execução da política de saúde. Por um longo período a profissão ficava por conta de realizar coisas que não eram suas atribuições, como, autorização de exames, declaração de óbitos, contato com médico à distância, agendamento de consultas e exames e etc. Essas práticas distanciam o assistente social de uma prática interventiva e investigativa da realidade dos usuários dos serviços.

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do Direito à Saúde. O profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários (CFESS, 2010, p.3)

Um aspecto importante que o texto de Alves e Rebouças et. al (2019) aponta, é que o número de profissionais na equipe de serviço social dos hospitais era muito pequeno e com contratos muito precários, o que reflete nos usuários privando-os de serem atendidos em sua integralidade. Aos poucos os espaços vêm sendo mais estruturados e tentando se adequar às ações do serviço social e fortalecimento de sua autonomia. É importante haver uma boa articulação entre todos os profissionais para melhor entender essa complexidade da área da saúde, do papel fundamental do profissional Assistente Social na instituição, para que possam dar respostas mais rápidas e atender os usuários de maneira integral.

Os limites obviamente são muitos, bem nítidos e se concentrando principalmente na falta de recursos de pessoal e na própria compreensão de seu papel dos demais profissionais de saúde; o que inviabiliza o serviço em todos os hospitais, interferindo no acesso aos direitos dos usuários. O que prioriza ainda mais a necessidade da criação de equipes integradas e interdisciplinares de intervenção às expressões da questão social e mais esclarecidas sob seu papel. As possibilidades são muitas desde a criação de uma equipe interdisciplinar que por meio disso passem a entender o papel do assistente social nos hospitais contribuindo para a efetivação de acesso aos seus direitos em toda a trajetória do usuário no hospital, permeado pela ética e a sua proteção social.

Segundo o texto de Chaximbe (2022) as ações sócio educativas se fazem importantes visto que esses limites e possibilidades se revelam como desafios profissionais. Além disso, é preciso entender que a crescente ofensiva neoliberal do sistema capitalista afeta e precariza a política de assistência na saúde e assim prejudica o acesso dos usuários aos seus direitos, juntamente com a visão patológica existente nestes setores, priorizando atenção na doença e não no processo saúde – doença num todo, através de um olhar ampliado do conceito de

saúde. Desencadeado pela crise social, econômica e política existente na atual conjuntura, cuja lógica se estrutura na contradição do sistema capitalista capital versus trabalho, o vírus Covid-19 chegou de forma alarmante, demonstrando ainda mais as contradições que já existiam, porém de forma ainda mais escancarada. O governo nacional existente no período de maior agudização de contaminação do vírus, também não demonstrou interesse no combate ao mesmo, o que proporcionou um negacionismo do período pandêmico, desestímulo e descrédito aos órgãos internacionais de saúde competentes para o enfrentamento do vírus. Nesse sentido, ainda de acordo com Chaximbe (2022) verificou-se um desmonte das políticas públicas no país, contaminação em massa da população, precarização dos serviços e das condições de trabalho, entre outras condicionantes das expressões da questão social.

Em seu texto Chaximbe (2022) destaca que durante a pandemia Covid-19 <sup>1</sup>todas as refrações da questão social se tornaram ainda mais visíveis no governo de extrema direita, que trazia estímulo aos interesses do capital e desrespeito e retirada aos direitos da classe trabalhadora, com postos de trabalho cada vez mais precários, sem estrutura para atender as devidas condições da classe trabalhadora, o que desencadeou a criação de trabalhos cada vez mais informais e sem vínculo empregatícios, direitos trabalhistas e serviços terceirizados precários e pobres de garantia de direitos. Dessa forma trouxe consigo as refrações da questão social escancaradas para toda a sociedade, pelos trabalhos precarizados e estímulo aos trabalhos informais (CHAXIMBE, 2022)

Como resposta a isso, a sociedade brasileira recebeu o negacionismo da gravidade e seriedade da contaminação da doença, acompanhada da disseminação de “Fake News”, demonstrando o descaso do governo de Jair Bolsonaro nesse período crítico para saúde da população .

---

<sup>1</sup> A pandemia de COVID-19 é uma doença respiratória causada pelo vírus SARS-CoV-2, identificado pela primeira vez em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, na China. Rapidamente, o vírus se disseminou globalmente, resultando em uma pandemia declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março de 2020. No Brasil, a chegada da COVID-19 teve impactos significativos em diversos aspectos. O país enfrentou desafios relacionados à saúde pública, com um número elevado de casos e óbitos, além da pressão sobre o sistema de saúde. Medidas de contenção, como lockdowns, distanciamento social, uso de máscaras e higienização das mãos foram adotadas para controlar a propagação do vírus.

Coimbra e Carvalho (2020) escreveram um artigo “Uma análise das estratégias argumentativas nos pronunciamentos oficiais de Bolsonaro”, onde buscam estudar os pronunciamentos do ex-presidente e analisar se os mesmos contribuíram para um processo de desinformação acerca do período pandêmico. Em resumo, perceberam que a maioria dos líderes mundiais se mobilizou para combater o avanço da doença enquanto Bolsonaro adotou um discurso contrário às orientações médicas que recomendavam isolamento social, dentre outros.

Em tempos de pandemia a tecnologia e comunicação virtual ganhou ainda mais espaço, e foi nesse contexto que foram criadas e disseminadas pelo presidente e seus aliados “Fake News” e negacionismo científico: “A diferença deste surto para os anteriores se deu pela presença da internet, que amplificou o fenômeno de compartilhamento da desinformação.” (COIMBRA; CARVALHO, 2020, p.4). Exemplo dessas notícias falsas foram falas relacionadas a tentar convencer o povo de que a vacina não era eficaz, e a sugestão de que a Cloroquina<sup>2</sup> poderia curar os infectados, que era apenas uma pequena crise, que não havia motivo para pânico, dentre outras.

Segundo Veloso e Silva et.al (2022) no Hospital Universitário da UFJF-HU, diante de todo o contexto pandêmico instaurado, foram percebidas grandes mudanças no que diz respeito ao formato das atividades realizadas pelos profissionais do serviço social, que era realizado parte de forma remota e parte de forma presencial. Esse novo formato de trabalho dos profissionais fez com que sua intervenção perdesse um pouco de destaque e dessa forma, havia poucas demandas o que trazia “pouca importância” a necessidade do serviço social.

Para Crivoi e Fadel et. al (2022) é perceptível o quanto a pandemia reforçou as estruturas e os interesses do sistema capitalista e com isso, trouxe potencializado o acirramento da questão social. A doença com alto índice de contaminação afetou principalmente a classe trabalhadora que representa a mais suscetível e vulnerável

---

<sup>2</sup> A cloroquina é medicamento usado contra malária e doenças autoimunes, não é eficaz no tratamento da COVID-19, de acordo com evidências científicas. Estudos rigorosos não encontraram benefícios significativos do uso da cloroquina e da hidroxicloroquina no combate à doença. Também foram apontados potenciais efeitos colaterais graves, como arritmias cardíacas, quando administrados em doses elevadas. Portanto, não são recomendados como tratamento eficaz contra a COVID-19 (OMS, 2020).

às condições sociais e econômicas em relação ao contágio do vírus devido às determinações sociais existentes no sistema capitalista cuja categoria fica mais exposta econômica e socialmente. Para tanto, foi exposto com a chegada da pandemia, o quanto o Sistema Único de Saúde pública no Brasil sofreu alterações e teve de ser modificado: as equipes multiprofissionais também tiveram de se adaptar e modificar de acordo com suas reais condições momentâneas.

Nesse contexto, segundo os autores, os profissionais de saúde se reinventaram para melhor atender as necessidades dos usuários/ pacientes, incorporando mudanças no fluxo da instituição, na rotina e na proteção coletiva, ressignificando seus instrumentais técnicos específicos. Várias unidades hospitalares e seus profissionais tiveram de se reinventar e modificar suas ações e intervenções de acordo com suas reais condições e possibilidades, principalmente os hospitais de urgência emergência, que por representarem um ambiente cujas demandas necessitam de respostas e atendimentos rápidos, torna-se um facilitador de um trabalho voltado para o imediatismo. Apesar disso, foram realizadas várias intervenções por meio de uma equipe multidisciplinar, reestruturando todo o atendimento de acordo com as condições permitidas e possíveis do momento, respeitando seus valores e permeando todas as suas dimensões em sua investigação e intervenção.

Para Valentim e Silva et.al (2022), como consequência da ofensiva neoliberal as políticas sociais passaram a atender de maneira mais focalizada e centrada nas famílias de maior vulnerabilidade, ocorre grande estímulo à privatização e acirramento da questão social e são ainda mais potencializadas suas refrações. Essas alterações que ocorreram num todo no sistema capitalista e consequentemente na política de saúde, afetou também o trabalho do assistente social, visto que suas demandas foram modificadas.

As expressões do processo de formação e desenvolvimento classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão. (IAMAMOTO;CARVALHO,2007,p.77 apud Valentim e Silva et.al (2022)

O Serviço Social que intervém de maneira direta nas expressões da questão

social presentes no sistema capitalista também sofreu mudanças em seu cotidiano de trabalho, já que ele atua diretamente com o acesso às políticas sociais no qual ele está inserido para atuar, como a política de saúde por exemplo.

#### 2.4 ANÁLISES E REFLEXÕES SOBRE OS RESULTADOS APRESENTADOS

Em conclusão, o trabalho do assistente social na saúde hospitalar desempenha um papel crucial no cuidado integral dos pacientes e na promoção de uma abordagem humanizada e justa dentro do ambiente hospitalar. O assistente social é um profissional capacitado para lidar com os aspectos sociais e econômicos que afetam a saúde dos pacientes e suas famílias. Ao atuar como mediador entre os usuários, suas famílias e a equipe multiprofissional, o assistente social é capaz de identificar as necessidades individuais e coletivas dos indivíduos, proporcionando suporte e orientação durante todo o processo de tratamento e recuperação.

A chegada do Coronavírus demonstrou - se como um grande desafio a ser enfrentado no que diz respeito no setor de saúde em todo o mundo, principalmente relacionado ao seu alto e acelerado índice de contaminação, bem como a dificuldade em realizar alternativas que fizessem de maneira eficaz a criação de vacinas e medicamentos que pudessem ao menos minimizar os efeitos do vírus. Durante todo o contexto da pandemia, a conjuntura foi marcada pelo governo de Jair Messias Bolsonaro, governo este voltado à ideologia neoliberal e em consonância ao conservadorismo de extrema direita. Relacionado a isso, percebe- se nesse mesmo sentido a conjuntura atual do Brasil marcada pelas refrações da questão social cada vez mais acirrada e escancaradas pela pandemia, com as desigualdades sociais e o capitalismo avançando cada vez mais.

Nesse contexto, durante o governo de Jair Bolsonaro foi visível a expropriação dos direitos sociais há anos já conquistados através de muitos embates e interesses de classes e o enfraquecimento da organização e luta da classe trabalhadora. Com o avanço das privatizações e conseqüentemente das expropriações dos direitos sociais um dos setores que mais foram afetados foi a política de saúde e a classe trabalhadora, cujos serviços foram se tornando cada vez mais precários, insuficientes, e de difícil acesso, além do setor privado ganhar cada vez mais força. Dessa forma, a conjuntura que se instaura era representada por

grandes desafios a serem enfrentados tanto em relação aos direitos sociais que estavam se perdendo, quanto com a população usuária deste espaço, que se mostravam vulnerável aos determinantes sociais na contenção insuficiente do vírus. De acordo com Teixeira (2023) o cenário caótico que se instaurou com a chegada do Coronavírus no mês de fevereiro de 2020 e os óbitos que se sucederam nos meses seguintes, trouxe consigo a minimização e negacionismo da importância de contenção do vírus e um tratamento de desprezo para com a população e sua forma de contaminação que se tornava ainda mais vulnerável, agindo e caracterizando a doença como uma “gripezinha” e além de minimizar e negar a importância de uso de máscaras e medicamentos aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para a contenção do vírus. O que foi visto depois desse cenário, foi o incentivo de Bolsonaro a medicamentos que ainda não tinham sido aprovados cientificamente, como a cloroquina por exemplo. Durante a pandemia do Covid-19, as refrações da questão social se tornaram ainda mais acirradas e escancaradas.

A classe trabalhadora considerada como de maior vulnerabilidade, se tornou refém do vírus, pois por depender de sua renda oriunda de seu trabalho para sua sobrevivência, estava exposta aos riscos de contaminação do vírus. Já o segmento da classe trabalhadora com uma condição econômica melhor, utilizava de seus recursos para trabalho em Home Office, que proporciona uma maior proteção aos riscos de saúde. Foi visível na conjuntura pandêmica o quanto o país estava despreparado em todos os âmbitos, para enfrentar umas das maiores crises sanitárias da atualidade, apesar de todos os alertas de outros países. O governo desempenhou de forma desarticulada, irresponsável e desleal, através dos discursos irresponsáveis feitos pelo presidente, minimizando e negando mecanismos de contenção do vírus, como uso de máscaras e medicamentos. Além disso, o Sistema Único de Saúde também percebeu um maior sucateamento de suas políticas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O assistente social é responsável por fornecer informações sobre direitos e benefícios disponíveis, facilitando o acesso aos recursos e serviços necessários para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar. Além disso, ele desempenha um papel fundamental na identificação de situações de vulnerabilidade social e na implementação de estratégias para minimizar o impacto dessas condições na saúde dos pacientes. Através de um trabalho interdisciplinar e colaborativo, o assistente social atua em conjunto com outros profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e psicólogos, para garantir que o paciente seja tratado de maneira integral, considerando não apenas os aspectos físicos, mas também os sociais e emocionais.

Em um ambiente hospitalar, marcado por desafios e momentos difíceis, o assistente social traz consigo uma abordagem empática e acolhedora, buscando promover a autonomia e a dignidade dos pacientes. Seu trabalho visa fortalecer os vínculos familiares, identificar as expressões da questão social presentes na vida dos usuários e promover a qualidade de vida dos usuários durante todo o processo de tratamento.

Em relação aos onze artigos estudados, nós identificamos muitos pontos em comum no que se refere às atribuições, competências, demandas, limites e possibilidades de um assistente social de unidades hospitalares de urgência e emergência. O que mais foi percebido em relação a cada categoria foi:

**Atribuições e Competências:** o campo da saúde é o que mais demanda trabalho de assistentes sociais. Todos os autores concordam que são fundamentais as práticas interdisciplinares necessárias para atuar com ética e humanização, sendo uma profissão generalista que pode transitar por diversos setores desde que se oriente pelo código de ética e lei de regulamentação da profissão. Os textos reforçam que chegam até as profissionais demandas que não cabem a eles realizar como marcação de consultas e exames, comunicados de óbitos e etc. Reforça também a importância do trabalho em rede, o contato com a rede socioassistencial daquele território para realizar os devidos encaminhamentos. Fortalecer os vínculos familiares para que ao retornar para sua residência o paciente receba os cuidados necessários e a prevenção de uma reinternação. O profissional deve estar sempre



atento a o que é ou não atribuição sua e se posicionar quando lhe for demandado algo que não seja de sua responsabilidade, porém sempre se lembrando de que é também um trabalhador assalariado que precisa responder a certas normas da instituição empregadora.

É necessário um trabalho humanizado e uma abordagem acolhedora por parte do assistente social, mas sempre tomando cuidado para não cair em práticas caritativas características do serviço social tradicional. Outro ponto em comum aos textos é a questão do planejamento de trabalho, que por mais que o profissional elabore um, muitas vezes não conseguirá segui-lo, pois a atenção hospitalar recebe muitas demandas espontâneas e que muitas vezes exigem respostas imediatas.

Já em relação às atribuições privativas, essas variam mais de acordo com cada hospital, pois cada um possui suas especificidades em relação às complexidades das demandas recebidas, porém o que todos têm em comum é o atendimento de urgência e emergência. Não é em todos os hospitais que o assistente social declara ter uma sala exclusiva para realizar seus atendimentos com mais privacidade. Outro consenso é o reconhecimento de que o processo saúde-doença é reflexo de expressões da questão social, como abusos, fome, violência, desemprego e etc.

Uma característica em comum na maioria das unidades hospitalares é a superlotação dos hospitais, que muitas das vezes conta com um pequeno número de profissionais para o contingente de demandas que chegam diariamente até ele. Como já citado na análise dos artigos, o Serviço Social possui atribuições privativas nos âmbitos de: acolhimento, internação, alta social segura, ações socioeducativas, escuta qualificada, investigação, planejamento e gestão. O assistente social representa papel fundamental na atenção integral ao usuário.

Em relação aos limites e possibilidades, como passamos por uma pandemia aproximadamente por dois anos, a mesma trouxe muitos desafios para o hospital e para a categoria profissional. As políticas públicas a partir da ofensiva neoliberal já vêm sofrendo grande sucateamento, perdendo qualidade dos serviços onde as necessidades básicas têm passado para o âmbito do mercado, e isso reflete diretamente no trabalho do assistente social que tem as políticas públicas como seu principal meio de trabalho. A precarização traz consigo também poucas contratações

de profissionais da área, o que faz com que os assistentes sociais se encontrem sobrecarregados com as múltiplas demandas que chegam para o atendimento, gerando uma superlotação de pessoas nos hospitais que aguardam pela sua vez nas filas.

Outro problema comum aos artigos é a questão de que ainda muitos usuários e até mesmo profissionais da saúde não tem conhecimento sobre o que é ou não demanda do Serviço Social, fazendo com que chegue até ele demandas incompatíveis, se fazendo necessária diariamente uma análise crítica das realidades e um posicionamento por parte dos assistentes sociais. O trabalho em equipe interdisciplinar com a troca de informações entre as categorias profissionais como já dito é de extrema importância, mas muitas vezes não ocorre, principalmente por parte dos médicos que se colocam em uma posição superior de não diálogo com outras categorias. Os reflexos da pandemia se mostram até hoje na saúde, pois muitas pessoas ficaram com sequelas e vêm tendo complicações necessitando de cuidados médicos, e enfrentando também dificuldades financeiras e sociais devido a desemprego e outros fatores sociais que foram acirrados pela pandemia.

Em suma, o trabalho do assistente social na saúde hospitalar é de extrema importância para garantir um atendimento humanizado, inclusivo e equitativo. Sua atuação contribui para a melhoria da experiência dos pacientes, para a promoção da justiça social e para a construção de uma sociedade mais igualitária e saudável.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**Acervo da Reforma Sanitária.** Disponível em: [://portaldareformasaneitaria.org/services/reformasaneitaria/#:~:text=Entre%20esses%20diversos%20atores%20do,estavam%20em%20fase%20de%20transforma%C3%A7%C3%A3o](http://portaldareformasaneitaria.org/services/reformasaneitaria/#:~:text=Entre%20esses%20diversos%20atores%20do,estavam%20em%20fase%20de%20transforma%C3%A7%C3%A3o).

**Biblioteca Virtual da Saúde-** Ministério da Saúde

BISPO, Priscila. **Questão social, políticas sociais e serviço social no capitalismo monopolista**, 2009. 1-10 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Urgência e Emergência: sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência**. Brasília, 2001, 28 p.

BRAVO, Maria Inês Souza, **Saúde e Serviço Social no Capitalismo**, 2016, São Paulo, Cortez Editora, 20 de janeiro.

BRAVO, Maria Inês. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**. Rio de Janeiro: Editora, 2004.

COIMBRA, Mayra Regina et al. **Uma análise das estratégias argumentativas nos pronunciamentos oficiais de Bolsonaro**. Juiz de Fora: Intercom, 2020.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Legislação e Resoluções sobre o trabalho do/a assistente social** / Conselho Federal de Serviço Social - Gestão Atitude Crítica para Avançar na Luta. – Brasília: CFESS, 2011. 188 p.

CFESS, **Atribuições privativas do/a assistente social**: em questão. Brasília, 2012

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, 2010.

CRESS, RJ. Conselho Regional de Serviço Social, **Projeto ético político e exercício profissional em serviço social: os princípios do código de ética articulados à atuação crítica de assistentes sociais** / Conselho Regional de Serviço Social (Org.). – Rio de Janeiro: CRESS, 2013. 134 p.

**Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/oitava-conferencia-nacional-de-saude-o-sus-ganha-forma>.

IAMAMOTO, Marilda Villela, CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social na Contemporaneidade**, 2015, 41ª edição, São Paulo, Cortez Editora, 16 de junho.

LIMA, Joseane Barbosa de. **O projeto profissional do serviço social em debate: entre a intenção de ruptura e as tendências do Conservadorismo**, 2017, 33ª edição, Brasília (DF), Temporalis, jan./jun. 2017.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni e col; **Do Serviço Social médico ao Serviço Social na Saúde: meio século de história em São Paulo**, 2016, 15ª edição, Campinas, Serviço Social & Saúde, jan./jun. 2016.

**Ministério da Saúde**, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/brasil-chega-a-marcade-700-mil-mortes-por-covid-19>.

NETTO, José Paulo. **A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social**. Local: Editora, 2017. 1-22 p.

PEREIRA, Priscila Lopes et al. **Serviço Social e Saúde – processos de trabalho e gestão**. 2012. 1-30 p.

**Serviço social brasileiro: fundamentos históricos, teóricos e metodológicos** Disponível em: <https://lume-re-demonstracao.ufrgs.br/servico/pesc.php>.

SILVA, Caroline Oliveira et al. **Questão Social: uma compreensão sobre os seus significados**. Fortaleza: Cetros, 2013. 1-10 p.

SILVA, Jackeline Araújo. **O código de ética do/a assistente social e o projeto ético-político: uma trajetória histórica de mudanças**. Florianópolis: Editora, 2015. 1-8 p.

SOUZA, Christiane Maria. **Hospital Ana Nery (1940-1950) – Mais saúde para os trabalhadores da Bahia**. Florianópolis, 2015.

TEIXEIRA, Joaquina Barata et al. **O projeto ético político do Serviço Social**.

VIANA, Beatriz Borges et al. **O movimento de reconceituação do serviço social e seu reflexo no exercício profissional na contemporaneidade**. 2015. 1-8 p.

WERNECK, Guilherme Loureiro et al. **A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada**. Rio de Janeiro: Scielo, 2020.

YAZBEK, Maria Carmelita, **Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade**, 2009, Brasília (DF), CFESS; ABEPSS.