

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

GIOVANNA OLIVEIRA DE CASTRO

**INSTRUMENTALIDADE E SERVIÇO SOCIAL: reflexões em torno da atuação na
Clínica Médica no HUGOL**

Goiânia
2021

GIOVANNA OLIVEIRA DE CASTRO

**INSTRUMENTALIDADE E SERVIÇO SOCIAL: reflexões em torno da atuação na
Clínica Médica no HUGOL**

Monografia apresentada ao final do curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Prof.^a M.^e Danielli da Silva Borges Reis.

Goiânia

2021

GIOVANNA OLIVEIRA DE CASTRO

**INSTRUMENTALIDADE E SERVIÇO SOCIAL: reflexões em torno da atuação na
Clínica Médica no HUGOL**

Monografia defendida ao final curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Aprovada em XX de dezembro de 2021 pela seguinte Banca Examinadora:

Prof.^a M.^e Danielli da Silva Borges Reis
PUC Goiás
(Presidente/Orientadora)

PUC Goiás
Dra. Margot Riemann Costa e Silva
(Membro)

Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage Siqueira (HUGOL)
Me. Tamara de Sousa Mendonça
(Membro/Convidada)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado saúde, força para superar as dificuldades e por estar comigo em todos os momentos da minha vida;

Ao Hospital Estadual de Urgência Governador Otávio Lage Siqueira – HUGOL, por oportunizar o estágio e a construção deste trabalho;

À Assistente Social e supervisora de campo Tamara Mendonça, pela dedicação, tranquilidade, incentivo e companheirismo ao me mostrar como é realizado o trabalho do Assistente Social de forma humanizada e eficaz. Além disso, por me inspirar a ser uma profissional melhor a cada dia;

Às Assistentes Sociais do HUGOL, Lana Lopes, Juciene, e Letticya Fernanda, pela contribuição e orientações que sempre foram muito importantes;

À Professora Orientadora Mestre Danielli, por ser meu espelho profissional e pela dedicação, paciência, incentivo e sabedoria que tanto contribuíram para a conclusão desta monografia;

Ao corpo docente da PUC, pelo conhecimento proporcionado;

À minha família, pelo amor, incentivo e confiança que depositaram em mim ao proporcionarem a chance de realizar meus sonhos;

Aos meus amigos que tanto me apoiaram e incentivaram nas horas difíceis de desânimo e cansaço: Guilherme Cândido, José Elias, Antônia Helena, Nayara Eloisa, Lorrany Cristina, Gabriela França e Sônia;

Aos colegas de sala pelo apoio;

E a todos que direta e indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

*“É preciso força para sonhar e perceber que a
estrada vai além do que se vê.”
(Los Hermanos)*

RESUMO

O presente trabalho monográfico é resultado de uma pesquisa realizada a partir das experiências de Estágio Supervisionado, que ocorreu no segundo semestre de 2020, no Hospital Estadual de Urgência Governador Otávio Lage Siqueira – HUGOL, em Goiânia, Goiás. Para tanto, objetivou-se investigar a instrumentalidade como mediação do Serviço Social para a viabilização de direito à saúde na Clínica Médica do HUGOL. Nesse sentido, para aprender a totalidade desse objetivo, buscou-se o arcabouço teórico-metodológico construído ao longo do processo de graduação com as referências bibliográficas e as legislações. Assim, a fim de compreender como o trabalho dos Assistentes Sociais é realizado no HUGOL, primeiramente, procurou-se entender sobre a atuação dos Assistentes Sociais na área da saúde (considerando os parâmetros de atuação do serviço social na saúde), conhecer historicamente a instituição onde a pesquisa foi realizada, investigar os instrumentos utilizados pelo Serviço Social na intervenção que ocorre na Clínica Médica dessa instituição, além de entender e problematizar a Política de Saúde e sua relação com a direção social da profissão no HUGOL, considerando o Projeto Ético-Político. O estudo dessa temática visa ampliar o conhecimento do Serviço Social e dos profissionais da área da saúde. Diante disso, pode-se dizer que o assistente social é um profissional de grande importância para a Política de Saúde, por ser aquele que conecta o usuário à garantia dos seus direitos.

Palavras-chave: Instrumentalidade. Política de Saúde. Atuação Profissional. Instrumentais. HUGOL.

LISTA DE SIGLAS

ABESS — Associação Brasileira de Escola de Serviço Social

ABEPSS — Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

CAPs — Caixas de Aposentadorias e Pensões

CFESS — Conselho Federal de Serviço Social

CONASP — Conselho Nacional de Saúde Previdenciária

CONASS — Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CLT— Consolidação das Leis do Trabalho

DNS — Departamento Nacional de Saúde

HC — Hospital das Clínicas

INAMPS — Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.

MS — Ministério da Saúde

ONGs — Organizações não Governamentais

OPAN — Organização Pan Americana de Saúde

OMS — Organização Mundial de Saúde

PTS — Projeto Terapêutico Singular

PUC — Pontifícia Universidade Católica de Goiás

SUS — Sistema Único de Saúde

SAD — Serviço de Atendimento ao Domiciliar

SUDS — Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

URSS — União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	13
2.1 A Política de Saúde brasileira: história e seus desdobramentos com a reforma sanitária	13
2.2 O trabalho do assistente social na saúde	23
3 A ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO	29
3.2 Os instrumentos e técnicas no cotidiano profissional da saúde e sua relação com a instrumentalidade.....	42
3.3 O HUGOL, o perfil dos profissionais que atuam no HUGOL e sua rotina... 	46
CONSIDERAÇÕES.....	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

INTRODUÇÃO

A escolha do objeto de pesquisa que subsidiou esta monografia surgiu com base na experiência adquirida por meio do estágio em Serviço Social, no Hospital Estadual de Urgência Governador Otavio Lage de Siqueira (HUGOL), em Goiânia, no segundo semestre de 2020. Cumpre mencionar que as disciplinas de Estágio Supervisionado I, II e III foram diretamente afetadas pelo contexto pandêmico e replanejadas de modo que atividades de estágio ocorressem de forma remota. Dessa maneira, o estágio em campo a que nos referimos foi realizado durante a disciplina de Estágio Supervisionado II.

Ainda assim, a experiência proporcionada pelo campo de estágio e pela oportunidade de acompanhar o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social no HUGOL, especificamente na Clínica Médica, contribuiu diretamente para o estudo que aqui se apresenta sobre os instrumentais técnico-operativos utilizados pelos Assistentes Sociais na Clínica Médica do HUGOL e sua relação com a viabilização de direitos à saúde.

Os profissionais da área da saúde realizam atendimentos à beira leito, dando orientações, fazendo acolhimentos e encaminhamentos à rede. Para apreensão da realidade dos usuários, o profissional utiliza instrumentais de trabalho como a anamnese social, que corresponde à coleta de dados referentes ao grupo familiar, modo de vida da família, dados socioeconômicos, cidade da moradia, dentre outros dados, que irão subsidiar a análise e direcionamentos da ação profissional. Dessa maneira, durante as observações em campo, quando relacionadas aos conteúdos da academia, questionou-se de que maneira a instrumentalidade como particularidade do Serviço Social no processo de operacionalização dos instrumentais na Clínica Médica do HUGOL, contribui para viabilizar o direito à saúde, o que se tornou o problema dessa pesquisa.

O trabalho exercido pelo Serviço Social na Clínica Médica do HUGOL realiza-se por meio de acolhimento, tanto aos pacientes quanto aos familiares, dando as devidas orientações, recolhendo informações para realizar anamnese social, a fim de conhecer a realidade, e discutindo casos dos pacientes nas reuniões (HUDDLE e PTS). As equipes realizam encaminhamentos e orientações para a aquisição de insumos, caso o paciente necessite, tais como cadeira de rodas e banho, fraldas,

colchão de casca de ovo, respirador. Além disso, visa-se também o acompanhamento do processo da desospitalização do paciente, caso ele necessite do SAD (Serviço de Atendimento Domiciliar), ou seja, de uma equipe que proporcione a continuidade do cuidado em domicílio contendo, geralmente, a presença do enfermeiro, fisioterapeuta e médico.

Nesse sentido, acredita-se que o assistente social deve refletir sobre a instrumentalidade, que vai se construindo e reconstruindo, para, assim, transformar o instrumental de trabalho, apresentando respostas às demandas apresentadas, com o objetivo de intervir de acordo com as necessidades e as mudanças desejadas, visando concretizar seus objetivos.

O conhecimento sobre a instrumentalidade contribui para a compreensão do exercício profissional do assistente social, uma vez que possibilita aos profissionais objetivarem a intencionalidade em suas ações. Portanto, neste trabalho, buscamos entender a instrumentalidade “como uma propriedade ou um determinado modo de ser que a profissão adquire no interior das relações sociais, no confronto entre as condições objetivas e subjetivas do exercício profissional” (GUERRA, 2000, p. 1), ou seja, deve ser vista como uma propriedade constitutiva da profissão construída e reconstruída sócio historicamente, para que, assim, se constitua em condição de reconhecimento social da profissão.

Dentre os objetivos específicos, buscou-se entender sobre a atuação profissional do Assistente Social na saúde, investigar os instrumentais utilizados pelo Serviço Social na intervenção que ocorre na Clínica Médica do HUGOL e problematizar a atuação profissional do Assistente Social na área da saúde, com foco na importância da articulação entre as dimensões da profissão durante o exercício profissional. Assim, o principal objetivo desta monografia foi investigar a instrumentalidade como mediação do Serviço Social para a viabilização de direito à saúde na Clínica Médica do HUGOL.

Dessa forma, refletir sobre a compreensão da instrumentalidade torna-se relevante, pois leva o assistente social, no horizonte do exercício profissional, a aprender o serviço social em suas múltiplas dimensões: ético-política, teórico-metodológica e técnica-operativa. Desse modo, é pela discussão da instrumentalidade que se entende a funcionalidade profissional do assistente social, o qual faz o uso dos instrumentos técnicos para assegurar direitos aos sujeitos. De acordo com Pontes (2016, p. 200), é o profissional que “pode, no processo de

intervenção propriamente dito, ter a possibilidade de articular as forças e os sujeitos em presença”.

Por isso, foi importante também pesquisar e analisar os determinantes históricos da Política de Saúde brasileira e a inserção do trabalho dos assistentes sociais nessa área para apreender a realidade presente.

Como referências teóricas principais, utilizamos os seguintes autores: Abreu (2004), B (1994), Neto (2005), Pereira (2015), Pontes (2016), Prates (2003), Sarmiento (2002), Santos (2006), Vasconcelos (2006). Assim sendo, o trabalho utilizou-se maioritariamente de referências bibliográficas e documentos legais para fundamentar a discussão que se propõe.

A presente monografia, nesse sentido, está estruturada de forma que, após a introdução, na segunda seção do trabalho, apresenta-se a relação do serviço social brasileiro com a Política de Saúde. Na terceira seção, discutiu-se especificamente sobre a instrumentalidade do assistente social na Política de Saúde, bem como os instrumentos mais utilizados que compõem a área, compreendendo-os como elementos potencializadores e mediadores da ação profissional e, assim sendo, articulados com a finalidade e a intencionalidade do assistente social e as técnicas como as habilidades construídas para o trato do instrumento. Foi apresentada um pouco da realidade e da rotina profissional do Serviço Social no HUGOL e como, a partir disso, esses profissionais podem transformar a realidade na qual o usuário está inserido por meio da viabilização dos direitos.

1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Para que a realidade da Política de Saúde brasileira seja discutida faz-se necessária a breve apresentação dos determinantes históricos envolvidos no processo de construção dessa política. Percebe-se que a história da saúde brasileira está relacionada às questões políticas, sociais e econômicas na lógica do sistema capitalista e remete-nos às desigualdades de acesso e atendimento. A conquista dos direitos sociais, como a saúde, é resultado de grandes lutas populares, de organização e reivindicação dos trabalhadores brasileiros.

No decorrer deste capítulo, será apresentado brevemente o caminho percorrido para a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo esse responsável pela principal política pública de saúde brasileira. Os fatos históricos destacados são iniciativas e políticas governamentais que “pavimentaram” o caminho para o SUS. Enfatiza-se ainda a intervenção do Estado nas políticas sociais a partir de 1930, as alterações ocorridas com o golpe militar e, sobretudo, as modificações da década de 1980, que culminaram na Constituição Federal e inauguraram uma nova concepção da Seguridade Social que concebe a saúde, a assistência social e a previdência como questão pública e de responsabilidade do Estado.

1.1 A Política de Saúde brasileira: história e seus desdobramentos com a Reforma Sanitária

O Brasil, em seu processo de colonização, não apresentava nenhum modelo de atenção à saúde para a população. Polignano (1997) informa que não existia interesse por parte de Portugal em criá-lo. Dessa forma, a atenção à saúde limitava-se aos recursos de terras (plantas, ervas disponíveis) e ao trabalho dos curandeiros. Nesse período, era muito forte a ligação das entidades religiosas com os tratamentos de saúde, tendo como exemplo as Santas Casas de Misericórdia, de viés caritativo, as quais prestavam assistência médica às pessoas que mais

precisavam na época, ou seja, os escravos e pobres. As mesmas casas foram, durante décadas, a única opção de acolhimento e tratamento à saúde (CARVALHO, 2013).

De acordo com Bravo (2006), a Revolta da Vacina, em 1904, foi um movimento da população contra a decisão do Diretor de Saúde Pública Oswaldo Cruz que implementou a desinfecção sanitária e a obrigação da vacina anti-varíola. Ainda de acordo com Bravo (2006), em 1923, a criação da Lei Elói Chaves instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), consideradas o primeiro sistema previdenciário brasileiro, porém quem tinha direito à saúde eram trabalhadores urbanos.

A saúde tornou-se questão social no Brasil no início do século XX, reflexo do avanço da divisão do trabalho e do início do trabalho assalariado. Segundo Bravo (2006), as principais alterações ocorridas na sociedade brasileira, a partir da década de 1930, foram a industrialização, a redefinição do papel do Estado e o surgimento das políticas sociais. De acordo com a autora, com a criação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943, somente os doentes com carteira assinada que poderiam receber benefícios, como indenização aos acidentados e tratamento médico. De acordo com o exposto, entende-se que a saúde estava relacionada ao desenvolvimento da economia com programas de assistência médica aos trabalhadores para garantir o processo de industrialização, ou seja, a força produtiva.

Contudo, como os determinantes da saúde e das doenças individuais e coletivas decorrem das condições de vida dos usuários, não é possível planejar e gerir o setor de saúde sem desenvolver ações intersetoriais, ou seja, sem integrá-lo às demais políticas sociais (educação, transporte, ação social) e econômicas (trabalho, emprego e renda) (BRAVO 2006).

Segundo Bravo (2006), a Política de Saúde da população brasileira de 1945 a 1964 não conseguiu amenizar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade. Para Uchoa (2014), em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) inscreveu a saúde como direito humano fundamental e propôs cobertura universal para atender às necessidades de saúde da população. Bravo (2006) informa ainda que, em 1953, houve a criação do Ministério da Saúde (MS), instituído por meio da Lei nº 1.920, e aponta que, em face da “questão social” no período de 1964 e 1974, o Estado utilizou para sua

intervenção o binômio “repressão assistência”, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. Ainda em 1953, o referido ministério desdobrou-se em três ministérios: Saúde, Educação e Cultura. A partir da sua criação, o Ministério passou a encarregar-se, especificamente, das atividades de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS), mantendo a estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria do Estado, apropriado para atender aos importantes problemas da saúde pública existentes (BRASIL, 1953).

Três anos após a criação do Ministério da Saúde, em 1956, surge o Departamento Nacional das Endemias Rurais que teria como finalidade organizar e executar os serviços de investigações ao combate às doenças como a malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela e outras endemias existentes no país, de acordo com as conveniências técnicas e administrativas (BRASIL, 2017). No Departamento Nacional das Endemias Rurais, foi apresentada a proposta inicial da descentralização de saúde. Além disso, propôs-se que fossem definidas as atribuições dos governos federais, estaduais e municipais, no campo das atividades, sendo médico-sanitárias, com a efetiva participação dos municípios na solução dos problemas da saúde pública (BRASIL, 1953).

Foi no fim da década de 1970 que eclodiu o Movimento pela Reforma Sanitária, que reivindicava a universalização da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema “Saúde e Democracia”, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização e serviços. No início das articulações, o movimento pela reforma sanitária não tinha uma denominação específica, mas sim um conjunto de pessoas com ideias comuns para o campo da saúde. A Reforma Sanitária é um projeto civilizatório, isto é, tem por objetivo produzir mudanças dos valores predominantes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante. Da mesma maneira, o “projeto do SUS é uma política de construção da democracia que visa a ampliação da esfera pública, a inclusão social e a redução das desigualdades” (RADIS, 2006, p. 21).

Um dos pontos mais importantes do movimento, segundo o médico sanitário

Antônio Sérgio da Silva Arouca (1986), à época, era transferir o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) para o Ministério da Saúde. Conhecido também como político brasileiro, médico, parlamentar ou militante partidário, Arouca procurou debater e apresentar propostas associadas, predominantemente, às questões das áreas da saúde, da ciência e tecnologia. O mesmo apresentou o documento “Saúde e Democracia” ao presidir a 8ª Conferência Nacional de Saúde e também a emenda popular que ratificava toda a consolidação das novas ideias do ano de 1970; e como Deputado Federal foi designado como relator da extinção do INAMPS.

Cabe mencionar que o INAMPS foi criado em 1977, pela Lei nº 6.439, incumbido em criar a Política de Saúde, com ênfase nas zonas rurais, pois, no espaço urbano, a saúde era privilégio só para quem tinha carteira assinada, isto é, autorizada somente às pessoas que contribuíam com a previdência social. Essa autorização era concebida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência social (CONASS, 2006).

Segundo Uchoa (2014), em 1978, aconteceu a Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde, realizada nas Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), na qual se reconheceu que as necessidades de saúde vão além do setor saúde e que o desenvolvimento social e econômico é condição fundamental para a saúde de todos. Essa conferência contou com a presença de representantes de 134 países e nela houve a primeira discussão acerca do tema “as necessidades de saúde vão além do setor de saúde e que o desenvolvimento social e econômico é condição fundamental para a saúde de todos”. A conferência citada proporcionou um novo olhar para o setor de saúde, saindo da perspectiva que essa é apenas a ausência da doença.

Sobre essa conferência, de acordo com Bravo (2006), foi um fato marcante e fundamental para a discussão da questão saúde no Brasil e para a preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, na qual foi aprovada a diretriz da universalização da saúde, sendo constituído o Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS), considerado a ponte para a construção do SUS. “O temário central [da Conferência] versou sobre: I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania, II Reformulação do Sistema Único de Saúde, III Financiamento setorial” (BRAVO, 2006, p.9). A partir dessa conferência, surgiu o movimento pela emenda popular e foi a primeira

emenda constitucional que nasceu do movimento social.

Arouca dizia que era preciso retomar os princípios básicos da Reforma Sanitária, que se resumiram à criação do SUS. Ele mostrava ainda, em seu documento “Saúde e Democracia”, que o conceito de saúde e doença estavam ligados ao trabalho, saneamento, lazer e cultura. Por isso, era preciso discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas sim como uma função de Estado permanente. De acordo com o médico, as Conferências Nacionais de Saúde tiveram um papel muito importante na consolidação do entendimento à saúde pública no Brasil (AROUCA 1986).

A promulgação da Constituição de 1988 iniciou um novo sistema de proteção social pautado na Seguridade Social, universalizando o direito à saúde pública e tornando-a, juntamente com a assistência social e previdência, uma questão pública e de responsabilidade do Estado. Nogueira e Miotto (2006) entendem que:

Como fruto das lutas populares e sindicais a área da saúde foi a que mais obteve sucesso no que diz respeito ao fortalecimento dos direitos sociais, fato refletido na Constituição de 1988. Com perfil bastante programático em diversos aspectos, a nova carta constitucional propôs um novo ordenamento ao setor saúde, propiciando um desenho particular em aspectos ético-políticos fundamentais. Universalizou-se o direito à saúde, apontando para a garantia de pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. Abriram-se espaços para decisões políticas no campo sanitário compartilhadas com os usuários e para a gestão democrática dos serviços de saúde através da participação popular, possibilitando o controle social, por diferentes sujeitos coletivos, que interagem entre si e com o Estado. Esse avanço foi reiterado, em 1990, com a aprovação das leis 8080/90. (NOGUEIRA; MIOTTO, 2006, p.4).

Bravo (2006, p.12) refere que:

[...] a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local culminou na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois, em 1988, Sistema Único de Saúde, passo mais avançado na reformulação administrativa no setor.

Porém, ressalta-se que a criação do SUDS, posteriormente o SUS, teve pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária a sua operacionalização.

De acordo com Uchoa (2014), o SUS é um sistema governamental que visa a prestação de serviços de saúde pública à população do Brasil, é, verdadeiramente,

um produto das lutas sociais e tem como principal objetivo o bem comum. Segundo o autor, os princípios do SUS são a universalidade, a equidade e a integralidade. Sustentar um sistema de saúde universal, tratando da universalidade, significa que todos os cidadãos brasileiros teriam acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde. Nogueira e Miotto (2006, p.222) completam que esta mudança rompe com uma desigualdade histórica, na qual os cidadãos eram classificados em primeira e segunda classe.

Os de primeira classe eram os que integravam o mercado de trabalho, tendo acesso à medicina previdenciária. Os de segunda classe tinham suas necessidades de saúde atendidas unicamente através de um precário sistema constituído pelas Santas Casas de Misericórdia, pela boa vontade da classe média e pelos raros serviços mantidos pelo Ministério e Secretarias Estaduais de Saúde (NOGUEIRA E MIOTTO, 2006, p.222).

A equidade se refere ao fato de que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar as diferenças presentes em cada população e, desse modo, levar em conta as peculiaridades de cada grupo, classe social ou religião; e seus problemas específicos, diferenças no modo de viver, de adoecer e, assim, ter oportunidade de satisfazer suas necessidades de vida. Cecílio (2001, p. 120) define equidade como:

[...] a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas [...]. Subjacente a este conceito está o entendimento de que as desigualdades sociais entre as pessoas não são dadas “naturalmente”, mas sim criadas pelo processo histórico e pelo modo de produção e organização da sociedade”.

A Integralidade, por sua vez, pode ser compreendida como a combinação das ações de saúde voltadas para a prevenção e cura. Além disso, os serviços de saúde devem privilegiar atendimentos que sejam capazes de compreender as múltiplas condições de vida dos indivíduos e populações, os fatores responsáveis pelo adoecimento e morte para que possam possuir uma equipe de trabalho qualificada, privilegiando a voz daqueles que procuram os serviços.

Universalidade, Equidade, e Integralidade formam uma teia, um encadeamento; nas palavras de Cecílio (2001, p. 125), um signo. “Signo produzido pela Reforma Sanitária brasileira que fala de uma utopia, no limite [...] por tudo que

está em jogo: a infinita variabilidade das necessidades humanas e as infinitas possibilidades que temos, até mesmo, de compreendê-las”.

A proposição do SUS, inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal, ainda não se efetivou. Segundo Nogueira e Miotto (2006):

O processo de implementação do Sistema Único de Saúde- SUS tem sido marcado por intensos debates que refletem a presença de interesses antagônicos em relação a sua consolidação, tanto como política pública calçada na universalidade, equidade, integridade, participação da população e dever do Estado, quanto às dificuldades para construir modelos assistenciais ancorados na concepção ampliada de saúde, que foi a base do processo de proposição do próprio SUS (NOGUEIRA; MIOTTO, 2006, p.1).

Percebe-se, assim, que, antes da Constituição de 1988, a política social apresentava-se através de ações fragmentadas. De acordo com Bravo (2006), com a CF de 1988 e regulamentação da saúde pela Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), que cria o SUS, definiu-se um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta das fundações mantidas pelo Poder Público, que é um sistema governamental, que visa a prestação de serviços de saúde pública a toda população do Brasil, tendo como principal objetivo o homem comum. Bravo (2006) relata que, em 1990, a aprovação das leis nº 8080, que regulamenta as ações e os serviços de saúde, e nº 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, o sistema público de saúde foi otimizado. Nogueira e Miotto (2006, p.11) ainda complementam, referindo que:

[...] a proposta do SUS dentro dos princípios elencados veio alicerçada na concepção ampliada de saúde. Ou seja, quando se aceita que a doença ou a saúde não são situações estáticas, mas dinâmicas, impossíveis de serem explicadas unicamente pela interação mecânica de partes do organismo humano, é que acontece a revisão do paradigma mecanicista. Segundo Merhy, Campos e Queiroz (1989), esse paradigma centraliza o processo de trabalho na medicina à medida que o processo de cura (das doenças) é a sua finalidade. Portanto, ao se reconhecer a influência da cultura, das relações sociais e econômicas, das condições de vida e existência nos processos de saúde-doença, altera-se o objeto do conhecimento e a sua forma de abordagem.

Podemos verificar, como fruto das lutas populares e sindicais, que a área da

saúde foi a que mais obteve sucesso no que diz respeito ao fortalecimento dos direitos sociais, fato refletido, como já dito, na Constituição de 1988. Com perfil bastante programático em diversos aspectos, a carta constitucional propôs um novo ordenamento ao setor de saúde, propiciando um desenho particular em aspectos, ético-políticos fundamentais, pois integralizou mudanças no papel do Estado e alterou profundamente o arcabouço jurídico- institucional do sistema público de saúde, criando relações entre as diferentes esferas de governo. Com a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), tornou-se obrigatório o atendimento ao público constituído como cidadãos de direito, com proibição de cobranças de qualquer tipo de recursos financeiros dos usuários sobre a forma de argumento, abordando também as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços combinados.

Contudo, devido aos ideais neoliberais que atravessaram todas as políticas, a partir da década de 1990 maiormente, a saúde viu-se vinculada ao mercado, pois enfatizaram-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando-a em assumir os custos da crise a qual passava o país (BRAVO 2006), o que se pode considerar uma desresponsabilização do Estado e refilantropização da saúde em face do incentivo à atuação das Organizações Não Governamentais (ONGs). Entende-se que a refilantropização utiliza do trabalho de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos do Estado.

Em 1998, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAN) adotou como conceito de saúde não apenas o reconhecimento de causas biológicas e das enfermidades no corpo, mas também a necessidade de assegurar aspectos sociais, culturais, de habitação, lazer, trabalho e infraestrutura que são fatores determinantes

na saúde dos usuários.

Percebe-se, então, que a definição das necessidades de saúde ultrapassa o nível de acesso aos serviços e tratamentos médicos, envolvendo, assim, aspectos éticos relacionados ao direito à vida e à saúde. Entende-se que a saúde é vista como produto e parte do estilo de vida e das condições de existências, sendo que a situação saúde/doença faz parte da sociedade. Uchoa (2014, p. 233) completa a ideia afirmando que:

A implementação de políticas públicas sociais e econômicas que incorpora

a dimensão intersetorial demanda uma reflexão acerca do papel do Estado, histórica e geograficamente situado, pois este varia ao longo do tempo e de acordo com a forma de organização da produção da riqueza social em cada sociedade. Faz-se necessário compreender o desenvolvimento das políticas públicas sociais e econômicas nos marcos do sistema capitalista contemporâneo. As ações, o financiamento, a quantidade e a qualidade dos serviços oferecidos e a gestão expressam decisões ético políticas tomadas, as quais são resultantes das lutas cotidianas e democráticas das diferentes classes e frações de classe de determinada sociedade por maior participação da riqueza social.

As políticas públicas permeadas por interesses sociais e econômicos são intervenções do Estado como respostas às necessidades da sociedade, que caem como demandas para o Serviço Social. Lidar com essas demandas, muitas vezes, extrapola o setor de saúde e cabe ao Assistente Social trabalhar com a Política de Saúde como uma rede.

Guedes (2001) relembra que, aliadas à nova Política de Saúde, surgem também novas diretrizes, como a descentralização, prevista na Lei n°. 8080/90, na qual consta “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e regionalização e higienização na rede de serviços de saúde”. Para o SUS, a descentralização era definida na concepção federalista, uma vez que a própria Constituição Federal torna os municípios integrantes da Federação. Estas unidades subnacionais adotaram, inicialmente, um desenho de atuação prioritariamente individualizador e fragmentado da rede de serviços (GUEDES, 2001).

A partir da promulgação da Constituição de 1988 e da posterior criação do SUS, a política nacional de saúde foi submetida ao “dilema da intersectorialidade”, apresentado em um ambiente tradicionalmente social, pressupondo mediação com outros atores para a introdução de mudanças necessárias à viabilização da política (ANDRADE, 2006, p. 29).

Dessa forma, a intersectorialidade ocupa um espaço privilegiado em meio a essas discussões e formulações teórico-práticas. Pode-se explicar pelo fato de, a partir dos novos modelos de saúde construídos, novas demandas terem surgido. Podemos observar o que diz Andrade (2006, p.50).

[...] as determinações de saúde foram sendo relacionadas ao impacto das dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas nas coletividades para alcançar um desenvolvimento social mais equitativo. Ressalta-se, ainda, a “combinação de estratégias”, ou seja, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, dos sistemas e de outros parceiros intersectoriais.

Conforme dito por Andrade, é um chamado de responsabilização mútua de todas as esferas governamentais para a ação intersetorial, priorizando a promoção da saúde e suas interfaces como a Integralidade. É preciso que os vários setores ajam sobre os problemas de uma forma articulada, culminando em ações eficazes, fruto da democratização de informações e descentralização do poder e das ações (BIDLOWKI, 2004).

A intersetorialidade nas políticas públicas não é recente, no que se refere à Política de Saúde. Está ligada ao século passado e à questão das determinações sociais no processo de saúde-doença, ou seja, isso significa dizer que já faz tempo que se reconhece que a saúde dos usuários é resultado das condições sociais e econômicas em que nascem, crescem, trabalham e envelhecem. Portanto, ter saúde não depende apenas dos serviços de saúde, mas também das escolas, da moradia, do emprego e do transporte (MIOTO 2006).

Nogueira e Miotto (2006) referem que para atender as necessidades de saúde da população requer um salto qualitativo nas condições de vida que não é automático e nem garantido ao longo dos anos, mas depende da interlocução de um conjunto de fatores.

Nesse sentido, [...] os fatores determinantes da saúde se traduzem em necessidades de saúde, classificando-as em quatro grandes conjuntos; O primeiro são as boas condições de vida, entendendo-se que o modo como se vive, se traduz em diferentes necessidades. O segundo diz respeito ao acesso às grandes tecnologias que melhoram ou prolongam a vida. É importante destacar que nesse caso, o valor do uso de cada tecnologia é determinado pela necessidade de cada pessoa, em cada momento. O terceiro bloco refere-se à condição de vínculos efetivos entre usuários e o profissional ou equipe dos sistemas de saúde. Vínculos devem ser entendidos, nesse contexto, como uma relação contínua, pessoal e calorosa. Por fim, necessidades de saúde estão ligadas também aos graus de crescimento autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, o que vai além da informação e da educação. (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 12).

Tal concepção prevê a incorporação de ações de proteção e recuperação da saúde como referências capazes de suprir as necessidades de saúde do povo brasileiro, entendendo que a promoção da saúde é feita por meio de educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidade individuais e da produção em ambientes saudáveis. Além disso, está estreitamente vinculada à eficácia da sociedade em garantir a implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade que visa o desenvolvimento da capacidade de analisar

criticamente a realidade e promover a transformação positiva dos fatores determinantes da condição de saúde (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

1.2 O trabalho do Assistente Social na Saúde

A saúde foi a área que mais empregou o profissional de Serviço Social no Brasil, a partir da década de 1940. A atuação dos assistentes sociais na saúde localizava-se principalmente nos hospitais, sendo o HC - Hospital das Clínicas de São Paulo, com o chamado de Serviço Social Médico, o pioneiro em contratação desses profissionais. Em 1948, a área da saúde resultou o principal campo de absorção profissional, devido a elaboração de um conceito de saúde que trouxe os aspectos biopsicossociais como seus principais relevantes à elaboração de uma Política de Saúde centrada na assistência médica hospitalar e curativa (CORREIA, 2005).

Na década de 1960, durante a ditadura militar, o Serviço Social percorreu por um período de renovação profissional que, segundo Netto (1998), deu-se em três direções: a modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura. A direção modernizadora fez-se hegemônica face às exigências do mercado de trabalho e do modelo autocrático da época, sendo que, na área da saúde, a perspectiva modernizadora consolidou a prática profissional das atividades e a concessão de benefícios. Essa perspectiva prevaleceu na saúde até a abertura política, na segunda metade da década de 1970. A partir dessa década, a renovação do Serviço Social passou a ser direcionada pela linha da intenção de ruptura, que buscava romper com o tradicionalismo e suas implicações teórico-metodológicas e prático-profissionais (NETTO, 1998). Essa vertente não chegou a influenciar os profissionais que trabalhavam na área da saúde em um primeiro momento, pois continuavam distantes das reflexões e, na prática, continuavam subalternos ao protagonismo médico, dominante na área (KRÜGER, 2010).

Nesse contexto, a intenção de ruptura com o conservadorismo abrange novos “ares” teóricos e metodológicos que visam o alcance de novos objetivos no trabalho profissional, a partir de um novo direcionamento ético-político, pautado e articulado às demandas das classes trabalhadoras, o que também repercutirá no trabalho do assistente social na área da saúde.

Com a criação do SUS, em 1988, segundo Bezerra (2007), o trabalho dos

Assistentes Sociais é condicionado, histórica e socialmente, pela trajetória da profissão, suas especificidades, impasses e dificuldades do SUS que estabelece parte das demandas a serem atendidas pelo setor de Serviço Social. Costa (2006) completa ao dizer que:

Não há dúvidas quanto à relevância e importância do trabalho realizado pelo Assistente Social para a consolidação do SUS, e que para realizar um atendimento, por mais simples que seja, o assistente social necessita conhecer não apenas o funcionamento da instituição e/ou a unidade em que trabalha, mas a lógica de funcionamento do sistema de saúde (rede), a dinâmica e a capacidade de atendimento de outras instituições públicas e privadas que envolvam e/ou se apresentem como meio de viabilizar o atendimento das necessidades da população e que extrapolam a capacidade de atendimento exclusivo das instituições de saúde (COSTA, 2006, p.39).

Conforme já citado anteriormente, a saúde dos usuários é resultado das condições sociais e econômicas em que nascem, crescem, trabalham e envelhecem, e que, portanto, ter saúde não depende apenas de serviços de saúde, mas também de escolas, moradias, emprego, transporte, entre outros.

De acordo com Martinelli (2007), devido às diversas expressões da questão social, limites e desafios são colocados à intervenção dos assistentes sociais, principalmente, em instituições que lidam com a saúde, na qual as mazelas da sociedade, com grandes níveis de exclusão social, se intensificam. Neste campo de atuação, “a questão social se manifesta de diversas formas, pois o Assistente Social trabalha com [...] pessoas vulnerabilizadas que nos pedem um gesto humano: um olhar, um sorriso, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que se fortaleça na sua própria humanidade” (MARTINELLI, 2007, p.33).

Observa-se, assim, que o trabalho dos Assistentes Sociais não se desenvolve independentemente das circunstâncias históricas e sociais que o determinam. A inserção do Serviço Social nos diversos processos de trabalho encontra-se profunda e particularmente enraizada na forma como a sociedade brasileira e os estabelecimentos empregadores do Serviço Social recortam e fragmentam as próprias necessidades do ser social e a partir desse processo como organizam seus objetivos institucionais que se voltam a intervenção sobre essas necessidades (ABEPSS, 1996).

A inserção do Assistente social na área da saúde embora, inicialmente, em caráter assistencialista, está presente em toda a história da profissão. Para alguns autores, o Serviço Social surgiu a partir da caridade de senhoras da Igreja Católica, que lidavam com os pobres e doentes, que não tinham condições de acesso ao

atendimento privado de saúde e eram excluídos da sociedade, ou seja, ações sociais conservadoras, de natureza moral, baseadas na tradição.

O Serviço Social mostra uma intenção de ruptura com esse conservadorismo, porém, ele ainda não consolidou uma “nova legitimidade” junto à classe trabalhadora. Trata-se de uma “problemática da profissão sua legitimidade social” (NETTO, 1996, p. 108). Ressalta-se ainda que os conflitos de atribuições não podem estar equacionados à base de regulações formais ou reivindicativas, mas sim mostrando novas competências, sociopolíticas e teóricas instrumentais.

Em razão da legitimidade do Serviço Social, Vasconcelos (2006) enfatiza o assunto dizendo que é pelo conjunto da prática dos assistentes sociais que a profissão de Serviço Social é reconhecida ou não, valorizada ou não, respeitada ou não, conquistando sua autonomia e espaços profissionais. Dessa forma, necessita-se de que haja um Serviço Social que extrapole a dimensão das regulações formais, ou seja, dos parâmetros meramente legais, pois a atuação profissional está vinculada a um projeto societário que busca o rompimento com o conservadorismo, com o imediatismo e superficialidade das intervenções.

Lima, Mito e Prá (2007) tratam sobre a importância da documentação para a obtenção de dados a serem analisados, investigando a realidade social, os sujeitos e a intervenção profissional. Segundo as autoras, grande parte dos registros profissionais restringe-se a meras descrições, observações e agendamentos. Porém, são com eles que melhor se identificam os limites e possibilidades contidos nos atendimentos das demandas e possibilita a identidade profissional.

Sendo o Serviço Social uma profissão de caráter interventivo, a documentação está vinculada aos objetivos do profissional e seu registro consiste em “uma fonte inesgotável de construção, desconstrução e reconstrução do conhecimento profissional e do agir através de registros quantitativos e qualitativos” (LIMA; MIOTO; PRÁ, 2007, p.96). O registro documental facilita criar o hábito da observação, descrição com precisão e reflexão sobre o dia de trabalho.

Netto (1996, p.87-88), concordando com essa ideia, salienta que “tal reflexão é imprescindível para estabelecer, em face dessas transformações, estratégias socioprofissionais minimamente adequadas para responder às problemáticas emergentes”, já que o período histórico o qual se vive marca diretamente o conjunto da vida social, incidindo sobre as profissões e suas áreas de intervenção “refletir sobre as possibilidades de desenvolvimento do Serviço Social, no Brasil e nos

próximos anos, parece-me um exercício profissional legítimo e necessário.”

Como dito, ao documentar a realidade, o assistente social tem a possibilidade de analisar suas intervenções e refletir sobre seu dia de trabalho, além de possibilitar uma análise sobre as demandas apresentadas. E, diante de uma realidade não estática, cabe aos assistentes sociais desenvolverem ações que atendam as passadas, mas contribuindo com novos valores e estratégias de atuação. Vasconcelos (2006, p.05) completa a discussão ao afirmar que:

Independentemente do tipo de unidade de saúde, independente das diferenças entre os usuários e das demandas dirigidas ao Serviço Social, os Assistentes Sociais, vêm seguindo uma lógica de organização do seu trabalho e estratégias de ação.

Segundo Nogueira e Mito (2006), o assistente social, ao participar do trabalho em equipe na saúde, que é uma característica da área, o trabalho multi¹ ou interdisciplinar,¹ dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário de uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. Percebe-se que o profissional de Serviço Social pode ser um interlocutor entre os usuários e a equipe de saúde com relação às expressões da questão social, visto que, pela sua própria formação, há o respeito pela diversidade, o que geralmente é mais difícil para outros profissionais de saúde. O atendimento das necessidades de saúde remete ao atendimento das necessidades humanas, dentre as quais destacam-se a habitação, a alimentação, os cuidados primários de saúde e a educação.

Até os anos de 1990, devido ao Movimento de Reconceituação, o Serviço Social avançou teoricamente, porém, percebe-se um déficit em face das novas realidades sociais e as práticas de profissionais, já que a profissão não possui canais suficientes que efetivem a socialização desses avanços. Isso proporciona uma distância entre as “vanguardas acadêmicas” e os profissionais “de campo” (NETTO, 1996, p. 109). Essa distância reduz a capacidade de inovações, além de

1

A equipe multiprofissional, é formada por Assistente Social, Fonoaudiólogos, Fisioterapeuta e Psicólogo, como forma de garantir a melhor assistência. Para Mito, a interdisciplinaridade é compreendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de uma equipe multidisciplinar, visando integrar saberes e práticas voltadas à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde.

deixar os profissionais inseguros a atuarem sobre as demandas. Diante disso, alguns profissionais do Serviço Social não ousam e agem defensivamente, o que proporciona a perda de possibilidades de ampliação do espaço profissional.

Netto (1996) afirma que as demandas do mercado de trabalho não são elucidadas, já que as transformações societárias na sociedade as estão modificando. No campo das atividades profissionais, encontra-se as “tradicionais” e “novas” demandas, tornando o campo de atuação mais heterogêneo e complexo e exigindo dos profissionais mais criatividade e eficácia. O cenário político em que se vive requer que o profissional opere com relações interindividuais e nas relações de força, poder e exploração. Segundo o autor, se o Serviço Social não for capaz de elaborar respostas qualificadas às demandas que são atribuídas, pode muito bem tornar-se um exercício profissional residual.

Para tanto, existe um conjunto de atribuições e competências a serem realizadas pelo profissional de Serviço Social na saúde, que podem contribuir para a defesa das políticas voltadas à saúde, para a garantia dos direitos sociais, para o fortalecimento da participação social e das lutas dos sujeitos sociais, bem como para a viabilização do SUS, além dos fundamentos da profissão que ampararam essas atribuições e competências.

O serviço social integra o rol de profissões na área da saúde, já que são profissionais reconhecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 218, de 06 de março de 1997 e pela Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nº 383/1999 (SILVA; KRUGER, 2018). A Política de Saúde é afirmada como “Direito de todos e Dever do Estado”, que vem sendo exercida através do SUS, conforme § do art. 2º da Lei 8.080/1990 que diz:

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

O atendimento dos profissionais assistentes sociais direto aos usuários ocorre nos espaços que, na organização da rede de serviço, formam-se a partir dos postos e centros de saúde, maternidades, hospitais de urgência e emergência. O assistente social tem desenvolvido sua ação profissional superando a ação direta com os usuários e atuando também no planejamento, gestão, formação de recursos humanos, mecanismos de controle social (conselhos e conferências) e investigação. As atribuições a serem explicadas podem ser desenvolvidas nos diversos espaços, havendo a hegemonia das determinadas ações nas áreas de trabalho. Entende-se que o profissional na saúde desenvolve suas ações profissionais nas seguintes dimensões: investigação, planejamento, assistencial, socioeducativa, participação e controle social, gestão, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010).

As contradições são criadas com a contrarreforma na saúde, que não viabiliza o SUS constitucional, acarretando impasses no cotidiano dos serviços em diferentes questões operativas, como a demora do atendimento, a burocratização, a precariedade dos recursos e o não atendimento aos usuários. Sendo assim, essas questões vão aparecer no dia a dia dos serviços por meio das demandas de atendimento, referindo-se à marcação de consultas e exames, solicitação de internação, alta e transferência, a reclamação quanto a qualidade do atendimento e ao não atendimento, relação com a equipe ou falta de medicamento, entre outras.

O conjunto das demandas emergenciais, caso não sejam encaminhadas para os devidos setores competentes por meio do planejamento elaborado em conjunto, e desenvolvido na unidade, vai impedir que o assistente social enfoque no conjunto de suas ações profissionais.

Segundo os Parâmetros do Assistente Social na Saúde (CFESS, 2010, p.44), para a atuação do assistente social na saúde, as principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social são:

Realizar orientações (individuais e coletivas) e encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de popularizar as informações.

Identificar através da abordagem individual e grupal a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas a construção do perfil socioeconômico para conceder a formulação das estratégias de intervenção com as principais demandas sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes.

Realizar visitas domiciliares no sentido de fortalecer seu vínculo, na perspectiva de torná-las sujeito do processo de formação, proteção,

prevenção e recuperação a saúde.
Criar protocolos e rotina de ação que possibilite a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional.
Registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social.

Contudo, enfatizou-se os parâmetros para a atuação dos assistentes sociais na saúde, tendo por objetivo fornecer subsídios para ampliar o debate e possibilitar uma reflexão dos profissionais face às ações realizadas, bem como fortalecer o projeto ético-político profissional.

Percebe-se que o Assistente Social precisa desenvolver estratégias para que os usuários tenham acesso aos direitos, criando mecanismos em seu cotidiano de operacionalização e organização, a fim de orientar acerca dos direitos relacionados à saúde e encaminhamentos às demais instituições.

De acordo com o exercício profissional do assistente social, principalmente através do movimento de reconceituação profissional, há a consolidação de seu projeto baseado nas lutas sociais da classe trabalhadora, na construção de uma nova ordem societária (ABREU, 2004) e de acordo com o Código de Ética profissional de 1993, a Lei que regulamenta a profissão de 1996 e a própria reforma curricular.

Assim, a compreensão e o reconhecimento por parte dos assistentes sociais, indicam intervenções pautadas no reconhecimento da emancipação humana e plena expansão dos indivíduos como demanda inerente à liberdade. Além disso, o contato da categoria profissional, com a categoria da ontologia do ser social intensificou a construção de uma projeção ética e política da profissão, o que fortaleceu o denominado projeto ético-político.

2 A atuação Profissional na saúde e sua relação com o Projeto Ético-Político

Evidenciando o percurso proposto, exige-se entender o Movimento de Reconceituação do Serviço Social. Nele, o processo de renovação do Serviço Social brasileiro ocorreu no contexto histórico que teve como particularidade a vertente da intenção de ruptura. Como afirma Netto (1981, p. 59),

O Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina foi

impulsionado pela intensificação das lutas sociais que se refratavam na Universidade, nas Ciências Sociais, na Igreja, nos movimentos estudantis. Ele expressa um amplo questionamento da profissão (suas finalidades, fundamentos, compromissos éticos e políticos, procedimentos operativos e formação profissional), dotado de várias vertentes e com nítidas particularidades nacionais. {...} Os assistentes sociais assumem o desafio de contribuir para a organização, a capacitação, e [contribuir nas condições para] conscientização dos diversos trabalhadores e marginalizados na região. De base teórica e metodológica eclética, o movimento foi inicialmente polarizado pelas teorias desenvolvimentistas. Em seus desdobramentos, especialmente a partir de 1971, este movimento representou as primeiras aproximações do Serviço Social à tradição marxista, haurida em manuais de divulgação do marxismo-leninismo, na vulgata soviética, em textos maoístas, no estruturalismo francês de Althusser, além de outras influências de menor porte”

O Movimento de Reconceituação constituiu-se em um fenômeno político e sociocultural desenvolvido em um pequeno espaço de tempo, entre 1965-1975, no bojo de uma crise estrutural, gestada desde os meados da década de 1950, o que afetou os padrões de dominação sociopolíticos vigentes. De acordo com Netto (1981), os tensionamentos do mundo capitalista em todos os quadrantes, tanto nos países centrais quanto na periferia, geraram condições objetivas favoráveis para a mobilização da classe trabalhadora.

A contestação dos movimentos sociais ganhou força e se articulou às demandas sociais que colocaram em questão a racionalidade burguesa expressa nas ações do Estado, desenvolvidas por meio das instituições. De acordo com Netto (1981, p. 143), o movimento era adequado para os questionamentos das práticas profissionais, dentre elas, a do Serviço Social tradicional. As contestações, que procediam fora do conjunto da profissão, partiam, sobretudo, de segmentos sociais cujas necessidades estavam sob a intervenção dos assistentes sociais. Segundo Netto (1981, p.143), o momento era adequado para a indagação das práticas profissionais e entre elas a do Serviço Social tradicional. Em face dessa realidade, houve um efeito interno na profissão, no qual o Serviço Social tradicional foi colocado em questão de modo diferente dos países em âmbito mundial. Netto (2005, p. 6) esclarece que:

A segunda metade dos anos 1960 marcou, na maioria dos países em que o Serviço Social já se institucionalizara como profissão, uma conjuntura de profunda erosão das suas práticas tradicionais (e, compreensivelmente, dos discursos teóricos que as legitimavam). No século passado, a transição da década de 1960 para 1970, foi de fato assinalada em todos os quadrantes por uma forte crítica ao que se pode, sumariamente, designar como Serviço Social tradicional: a prática empirista, reiterativa paliativa e burocratizada,

orientada por uma ética liberal burguesa, que, de um ponto de vista claramente funcionalista, visava enfrentar as incidências psicossociais da questão social sobre indivíduos e grupos, sempre pressuposta a ordenação capitalista da vida social como um dado factual.

Conforme Netto (2005), o Movimento de Reconceituação do Serviço Social apresentou duas singularidades: a primeira, refere-se ao caráter heteróclito, tanto em sua gênese, quanto no decorrer do processo, cujos conflitos se deram entre as propostas modernizadoras e de ruptura. De acordo com Netto (1981), a segunda diz o respeito ao lapso temporal reduzido, pois dez anos (1965-1975) são reconhecidos como insuficientes para uma avaliação com profundidade de qualquer processo, sobretudo, tratando-se da busca pela ruptura.

Nesse período, houve a convivência entre a crítica superadora e a conservadora, no processo de ruptura, e a permanência até o momento em que as ditaduras militares ampliaram seu raio de abrangência para um crescente número de países latino-americanos. A maior consequência foi a interrupção do processo de reconceituação no Serviço Social.

O Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina, na particularidade de cada país, ocorreu em uma conjuntura na qual se registrava, na Argentina, um isolamento progressivo das ditaduras militares com a enorme mobilização de massas. No Uruguai, a população vivia momento de aflição social, pois a tradição liberal favorecia uma vida universitária dinâmica e o poder estava profundamente desgastado.

No entendimento de Faleiros (1987, p. 51), o processo de reconceituação “inscreve-se na dinâmica de rompimento das amarras imperialistas, das lutas pela libertação nacional e de transformação das estruturas capitalistas excludente, concentradora e exploradora”. Consequentemente, esse processo apresentou relatos expressos nos movimentos sociais e partidos políticos vinculados à esquerda latino-americana, que foi sendo fortalecida pela ação crítica originada nas universidades.

Nesse sentido, Yamamoto (1995) afirma que o pensamento no espaço universitário converteu-se em crítica da sociedade, talvez como nunca ocorrera na história dos países da América Latina, diferente da realidade brasileira, na qual a ditadura militar, nesse período, “tentou inviabilizar, a todo custo, um projeto de

universidade crítica e democrática ao reprimir e despolitizar o espaço acadêmico” (GERMANO, 2000, p. 123).

Vale destacar que o processo de modernização do capitalismo exigia também novos padrões de intervenção profissional, conseqüentemente, a realidade requeria “um assistente social ele mesmo moderno com um desempenho onde os traços tradicionais são deslocados e substituídos por procedimentos” (NETTO, 1981, p. 123). O segmento dos assistentes sociais já desenvolvia sua prática profissional fundamentada em uma outra concepção teórico-metodológica, na tradição marxista e articulava-se com os assistentes sociais de outros países latino-americanos. No processo de desenvolvimento das forças produtivas capitalistas pelo grande capital, o Estado burguês consolidou, em âmbito nacional, o mercado de trabalho do assistente social, a fim de atender as demandas colocadas pelas expressões da questão social. Para Netto (1991), nesse momento do processo de renovação e validação teórica e, à medida que buscava institucionalizar, a renovação no Serviço Social aparecia como avanço nas vertentes que não colocavam em causa, modularmente, as concepções herdadas do passado, marcadas pela busca de imprimir maior consistência aos seus componentes externos.

O Projeto Ético-Político é o compromisso da profissão com a classe trabalhadora. Sua concepção foi marcada no final da década de 1970, por meio do Movimento de Reconceituação. Esse movimento revelou o processo de ruptura da profissão com conteúdos teóricos e políticos do conservadorismo e com a ética da neutralidade. O projeto profissional avançou pela década de 1980, consolidou-se em 1990, com a materialização do Código de Ética de 93. Conforme Iamamoto (2012, p.224) “esse projeto profissional é fruto da organização social da categoria e de sua qualificação teórica e política”, a ação profissional não é mais orientada pelo conservadorismo, mas conduzida pela ontologia de Marx.

O projeto concretiza-se por meio das ações profissionais cotidianas. Dessa forma, Braz (2005) indica três dimensões à medida em que se articula e constitui a materialidade do projeto ético-político do Serviço Social, sendo: a primeira, dimensão da produção de conhecimento pelos assistentes sociais, a qual se refere a modalidade teórico-metodológica da profissão, que expressa a produção de conhecimento realizada pelos próprios profissionais e visa a manutenção da ordem; a segunda, dimensão político-organizativa, que é baseada na forma política por meio de entidades representativas, como CFESS/CRESS e ABEPSS; e a terceira,

sendo a jurídico-políticos da categoria profissional, baseada nos conjuntos de Leis e resoluções que instituem o Serviço Social como o atual Código de Ética de 1993, a Lei de Regulamentação da profissão (Lei 8.662/93) e as Diretrizes Curriculares para a formação Profissional. Segundo Iamamoto (2012), esse conjunto de legislações apresenta uma defesa à autonomia profissional e reforça a garantia do exercício da profissão.

O projeto profissional do Serviço Social busca, por meio das três dimensões que o materializam, construir uma nova ordem societária, que perpassa a ordem social, econômica e política a qual se apresenta como hegemônica-capitalista. A partir da tradição marxista, com a compreensão de seus fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos é que o projeto ético-político preconiza os valores emancipadores universais e, especificamente, a emancipação política e humana. Dessa maneira, compreende-se que, no contexto da sociedade capitalista, a emancipação política é possível, em contrapartida, a realização da emancipação humana, só ocorrerá se houver a superação total dessa ordem social, aponta Vinagre (2013).

O assistente social vinculado ao projeto ético-político busca, mediante estratégias político-profissionais, competência política, criatividade, criar condições para o exercício da liberdade nos espaços coletivos no cotidiano e nos campos de luta. Nesses espaços, mesmo com disputas político-ideológicas, faz-se necessária a reflexão ética do exercício da liberdade (CARDOSO, 2013).

Dessa forma, o Código de Ética de 1993 implementa-se nos setores tradicionalmente conservadores e, também, como parte dos profissionais vinculados ao pós-modernismo. Barroco (2006) ressalta ainda que o Código de Ética de 1993 norteia a defesa da universalização dos direitos e dos mecanismos democráticos do controle social. Para a autora:

A partir de 1993, o Código de Ética passa a ser uma das referências dos encaminhamentos práticos e do posicionamento político dos assistentes sociais em face da política neoliberal e de seus desdobramentos para o conjunto de trabalhadores. É nesse contexto que o projeto profissional de ruptura começa a ser definido como projeto ético-político referindo as conquistas dos dois Códigos (1986 e 1993), nas revisões curriculares de 1982 e 1993 e no conjunto de seus avanços teórico-práticos e construídos no processo de renovação profissional, a partir da década de 1960 (BARROCO, 2007, p. 205-206).

Embora o Serviço Social seja reconhecido como uma profissão humanista, o Código de 1993 é o primeiro Código de Ética do Serviço Social a explicitar o compromisso ético político com os direitos humanos. Por meio dele, constituiu-se, democraticamente, direitos e deveres dos assistentes sociais, segundo princípios e valores humanistas, que norteiam, atualmente, o exercício profissional. O chamado “Congresso da Virada” e, conseqüentemente, o Código de Ética de 1993, dentro do Projeto Ético Político, são um grande marco histórico, político, ético, teórico e metodológico para o Serviço Social brasileiro.

A década de 1980, nesse sentido, foi muito importante na definição dos rumos técnicos acadêmicos e políticos para o Serviço Social. As diretrizes que direcionam a profissão atualmente são amparadas pelas produções ocorridas após o Movimento de Reconceituação e, portanto, pela Teoria Social Crítica. Tais diretrizes estão materializadas no Código de Ética Profissional do Assistente Social (CFESS, 1993), na Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social (BRASIL, 1993) e na Proposta das Diretrizes Gerais para o curso de serviço social (ABEPSS, 1996). Foi nesses anos que os Assistentes Sociais foram coautores e coparticipantes das lutas democráticas ocorridas na sociedade brasileira (BRAZ, 2005).

O entendimento acerca da relevância do profissional assistente social parte do ponto de vista sobre a sua intencionalidade, considerando também onde ele está inserido no mercado de trabalho, desempenhando sua prática profissional, sobretudo, na forma que aprimora seus conhecimentos, que os utiliza no campo profissional e busca execução no seu ambiente de trabalho, melhorando as respostas profissionais e as condições de trabalho nas instituições onde estão inseridos.

Vale dizer que o Serviço Social não é apenas um segmento profissional, mas uma profissão com uma visão ético-política. São profissionais com uma visão crítica acerca dos fatos sócio-políticos e históricos presentes em seu entorno e que se orientam por princípios em sua rotina profissional, como a defesa da liberdade, da democracia, da justiça social e dos direitos humanos.

O Código de Ética de 1993, vigente até os dias atuais, marca o segundo momento da trajetória do projeto profissional do Serviço Social, possuindo uma perspectiva teórico-crítica sobre a sociedade de classes. É organizado por meio de princípios, deveres e proibições que orientam o comportamento ético profissional, ofertando seus objetivos ético-políticos e também parâmetros para a atuação do

assistente social no cotidiano profissional (BARROCO; TERRA, 2012).

O Código de Ética Profissional é a base desses princípios a serem observados pelo assistente social durante o exercício profissional, sem discriminação por questões de inserção da classe social, como gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade ou condição física (CFESS, 2010).

As dimensões, didaticamente, que dão forma à profissão e não são fixas, são interatuantes, as quais se tornam complexas a partir da realidade social na qual o assistente social está inserido, frente às expressões da questão social, de sorte que o profissional poderá chegar à resposta qualificada para diversas e antagônicas demandas que lhe apresentam (GUERRA, 2012).

Não obstante, a dimensão técnico-operativa, que se constitui no modo de aparecer da profissão, como profissão interventiva no âmbito da chamada “questão social”, a qual esconde seus fundamentos econômicos e políticos, apesar de necessária, se considerada de maneira autônoma, é insuficiente para dar respostas qualificadas à realidade social (GUERRA, 2012, p.02).

Tais dimensões compõem diferentes níveis de apreensão da realidade, todavia, são indissociáveis, compondo uma unidade. Desse modo, seguindo entendimento de Guerra (2012), as dimensões técnico-operativa, ético-política e teórico-metodológica interpõem-se e articulam-se à dimensão técnico-instrumental, prevendo que a realização dessa exige o conhecimento das finalidades, condições objetivas, sobre os resultados sobre os quais a ação incide em meios e possibilidades de realização destas ações e valores subjacentes. Ou seja, o conhecimento da análise da realidade tanto precede quanto acompanha a intervenção. Nesse sentido, o conhecimento não se constitui em uma receita taxativa da prática profissional e muito menos deve-se confundir com a realidade social ou com um conjunto de atividades empíricas (GUERRA, 2012).

Partindo do ponto de vista da “prática”, acredita-se que a formação profissional deve favorecer a construção das estratégias, técnicas e a formação das habilidades de “como fazer” por ser uma profissão interventiva (IAMAMOTO, 2009). Os fundamentos do trabalho do serviço social são compreendidos na perspectiva das diretrizes curriculares da ABEPSS, as quais afirmam a intervenção do

profissional pautada em três dimensões: teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política. Isso se dá por meio de articular consciente das competências:

[...] teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política que são requisitos fundamentais que permitem ao profissional colocar-se diante das situações com as quais se defronta, vislumbrando com clareza os projetos societários, seus vínculos de classe, e seu próprio processo de trabalho. Os fundamentos históricos, teóricos e metodológicos são necessários para apreender a formação cultural do trabalho profissional e, em particular, as formas de pensar dos assistentes sociais (ABEPSS, 1996, p.7).

Dessa forma, compreende-se que não se trata apenas da construção operacional do fazer, mas, sobretudo, da dimensão cognitiva do trabalho, podendo considerar aquilo que é específico ao trabalho do assistente social em seus variados espaços sócio-ocupacionais de intervenção. Assim, reconhece-se que o conhecimento é elementar à análise da realidade e, por sucessivo, tanto precede quanto acompanha a intervenção, como já mencionado.

De acordo com Pereira (2015), a competência teórico-metodológica é indispensável para a formação profissional, visto que sem essa contribuição a intervenção fica prejudicada, considerando que é a teoria que vai orientar o significado social da ação, transpondo o senso comum. Então, essa dimensão teórico-metodológica qualifica os profissionais assistentes sociais a analisar as particularidades de determinada situação que se apresenta no cotidiano profissional numa perspectiva de totalidade. O desenvolvimento teórico-metodológico apoiado na abordagem crítico-analítica possibilita ao assistente social a compreensão dos processos e elementos da realidade social que constituem o cotidiano de trabalho do profissional. Sendo assim, fornece os elementos teóricos para identificar, no âmbito socioinstitucional, as correlações de forças existentes que interferem diretamente na realização do exercício profissional. Iamamoto (2015, p. 63) informa que:

As bases teórico-metodológicas são recursos essenciais que o assistente social aciona para exercer o seu trabalho: contribuirão para iluminar a leitura da realidade e imprimir rumos a ação, ao mesmo tempo em que a moldam. Assim, o conhecimento não é só um verniz que se sobrepõe superficialmente à prática profissional, podendo ser dispensado; mas é um meio pelo qual é possível decifrar a realidade e clarear a condução do trabalho a ser realizado. Nessa perspectiva, o conjunto de conhecimento e habilidades adquiridos pelo assistente social ao longo de seu processo

formativo é parte do seu acervo e de seus meios de trabalho.

O trabalho profissional, orientado por uma perspectiva teórico-metodológica, consiste em estar condicionado à leitura, ao acompanhamento dos processos sociais e ao estabelecimento de vínculos com os sujeitos sociais os quais atuam no espaço de trabalho.

Já a dimensão técnico-operativa deve ser concebida para além das capacidades técnicas e instrumentais, incluindo o conjunto de ações e procedimentos que são adotados pelo assistente social, visando determinada finalidade. Nessa dimensão técnico-operativa, encontram-se, conseqüentemente, “estratégias, táticas, instrumentos, técnicas, conhecimentos específicos, procedimentos, ética, cultura profissional e institucional, particularidades dos contextos organizacionais” (SANTOS, 2006, p.20). Dessa forma, essa dimensão ressalta os procedimentos e os instrumentais técnicos utilizados pelo assistente social, a fim de operacionalizar seu trabalho.

Os procedimentos se referem às ações profissionais que têm uma abrangência maior e que expressam o fazer profissional, que são as orientações, encaminhamentos, avaliações estudo e planejamento, dentre outras que são desenvolvidas através de um serviço prestado pela instituição que pode ter variadas formas, como o plantão, por exemplo, e para que o assistente social possa desenvolver essas ações lança a mão de ferramentas, que são os instrumentos e coletiva, a entrevista, os grupos e reuniões, a visita domiciliar (SANTOS, 2006, p. 20).

Assim, a dimensão técnico-operativa tem de ser compreendida como um componente regado no trabalho do assistente social, acerca do seu objetivo de intervenção, que é baseado na questão social, para atingir os objetivos propostos. Para tal, é necessário aprender o alcance e direcionamento dessa intervenção.

As estratégias e técnicas de operacionalização devem estar articuladas aos referenciais teórico-críticos, buscando trabalhar situações da realidade como fundamentos da intervenção. As situações são dinâmicas e dizem respeito à relação entre o assistente social e usuário frente às questões sociais. As estratégias são, pois, mediações complexas, que implicam articulações entre as trajetórias pessoais, os ciclos de vida, as condições sociais dos sujeitos envolvidos para fortalecê-los e contribuir para a solução de seus problemas/questões (ABEPSS, 1996.14).

Compreende-se, então, que essa dimensão técnico-operativa não se dá desvinculada das dimensões teórico-metodológica e ético-política, pois o técnico-operativo materializa-se no momento da prática, mas não se explica por si só e não existe de forma autônoma e descolada das demais dimensões. Assim, essa dimensão técnico-operativa discute as estratégias e técnicas da intervenção profissional quanto ao que fazer, porque fazer, como fazer e para que fazer, porém depende de fundamentos. Compreende-se que não se trata apenas da questão operacional do fazer, mas sim da dimensão intelectual e ontológica do trabalho, considerando aquilo que é específico do trabalho do assistente social em seu espaço sócio-ocupacional de intervenção (SARMENTO, 2013).

A dimensão ética-política, por sua vez, traduz-se no compromisso que a profissão tem com a classe trabalhadora e com a transformação social. A ética no Serviço Social, necessariamente, relaciona-se aos valores e princípios do Código de Ética. Segundo Barroco (2012), a ética profissional deve ser entendida em um contexto mais amplo, pois os valores defendidos pelo Código de Ética são escolhas, posicionamentos e julgamentos de valor que são realizados no cotidiano. Sendo assim, essa dimensão ética do Serviço Social apontada na prática social e concreta, ou seja, no processo de trabalho, materializa-se através das ações críticas vinculadas a um posicionamento político de direito dos usuários.

Para Yamamoto (2001), no Serviço Social, a dimensão ética não pode ser desvinculada da política, já a profissão tem como objetivo a construção de sujeitos coletivos em uma sociedade livre e democrática. Essa construção é a parte constitutiva da luta pela hegemonia, implicando a execução de atos e finalidades articulados entre si.

Partindo desse ponto de vista, tanto Barroco (2008) quanto Yamamoto (2001) apontam que a dimensão ético-política do trabalho do assistente social só pode ser entendida quando esse profissional realiza ações conscientes e críticas ligadas a um posicionamento político de defesa dos direitos dos usuários. Sendo assim, o assistente social tem plena consciência do seu compromisso no enfrentamento das expressões da questão social, exercitando, com isso, essa dimensão e colocando em prática os elementos do Código de Ética.

Dessa forma, a dimensão ética-política do Serviço Social é parte de uma prática social voltada para a criação de novos valores, incluindo o processo de criação de uma nova hegemonia no quadro das relações sociais (IAMAMOTO, 2001). Essa dimensão expressa o compromisso da profissão no enfrentamento às expressões da questão social e apenas com conscientização de que o assistente social pode buscar estratégias para seu trabalho, traduzidas nos fundamentos para a atuação nos espaços sócio-ocupacionais.

Sob essa perspectiva, entende-se que a compreensão sobre as dimensões fundamentais do trabalho do assistente social possibilita a construção de mediações teórico-metodológicas e ético-políticas para a dimensão técnico-operativa do trabalho profissional, a fim de imprimir na gestão do trabalho uma perspectiva democrática e emancipadora. No entanto, é preciso que o profissional fique atento ao possível distanciamento entre a teoria e a prática, pois, no cotidiano de trabalho, pode ocorrer de serem tratadas como duas dimensões distintas e realizadas de forma desvinculada. Se no âmbito do trabalho o profissional estabelece um processo de desvinculação entre as dimensões teóricas e práticas, conseqüentemente a intervenção será comprometida, configurando um entendimento romantizado ou equivocado sobre a ação profissional.

3 A INSTRUMENTALIDADE E O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

Conforme visto no capítulo anterior, o Serviço Social é socialmente e historicamente determinado no movimento da realidade brasileira, ou seja, o Serviço Social formou-se e desenvolveu-se no limite das forças societárias, como especialização do trabalho na sociedade. A profissão é consequência dos sujeitos que constroem e vivenciam, sujeitos esses que contribuem para a criação de uma cultura profissional a seus modos de atuar e pensar o Serviço Social (IAMAMOTO, 2008).

Sendo assim, pode-se pensar a instrumentalidade do Serviço Social, apreendê-la enquanto mediação, por meio da qual o profissional tem a capacidade de articular suas estratégias interventivas, já que “o Serviço Social é uma profissão eminentemente interventiva, que acabou por desenvolver formas de realizar a prática pelas quais se tornou conhecida e reconhecida socialmente” (GUERRA, 2017, p.23).

3.1 A instrumentalidade como parte constitutiva do trabalho do assistente social

A instrumentalidade do Serviço Social remete a uma determinada capacidade, qualidade ou uma propriedade da profissão que possibilita o atendimento das demandas e o alcance dos objetivos por meio da objetivação das intencionalidades profissionais. Segundo Guerra (2000), não se refere apenas ao conjunto de instrumentos e técnicas. Ao contrário, tem a ver com uma propriedade da profissão, construída e reconstruída no processo histórico do Serviço Social. A instrumentalidade, “por possibilitar o atendimento das demandas e o alcance de objetivos (profissionais e sociais) constitui-se uma possibilidade concreta de reconhecimento social da profissão” (GUERRA, 1995, p. 53).

Entende-se que a instrumentalidade do assistente social expressa-se a partir do momento em que se responde às necessidades das classes sociais, as quais se transformam através das mediações e adquirem espaço sócio-ocupacional por meio das políticas e serviços sociais correspondentes à esfera de atuação. Ou seja, enquanto houver expressões da questão social, haverá espaço para a atuação profissional do assistente social. Tratando da política de saúde, percebe-se que há inúmeras manifestações das expressões da questão social, que conectam a política de saúde a outras políticas sociais, como previdência e assistência.

Os profissionais objetivam suas respostas, tornando e transformando as condições objetivas e subjetivas com as relações interpessoais e sociais existentes em um nível social, o cotidiano. Sendo assim, à “medida que os profissionais utilizam, criam, adequam as condições existentes, transformando-as em

meios/instrumentos para a objetivação das intencionalidades, suas ações passam a ser portadoras de instrumentalidade” (GUERRA, 1995 p. 53).

O cotidiano profissional para o Assistente Social é pleno de requisições, de cumprimento de normas, regulamentos, orientações ou decisões de superiores, os quais impõem ao profissional a necessidade de respostas imediatas. No nível do cotidiano, campo privilegiado da alienação, a prioridade é de responder aos fenômenos, não importa como, disto resultando um conjunto de respostas profissionais rápidas, ligeiras, irrefletidas, instrumentais, baseadas em analogias, experiências, senso comum, formais, modelares, em obediência a leis e a uma institucionalidade burocrática, comum à ordem burguesa, sem a qualificação necessária para distingui-las de respostas atribuídas por leigos. Guerra (1995, p. 2) aponta que:

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

Como as demandas impostas a esse profissional são frutos de saturadas determinações presentes, na totalidade, exigem dos profissionais intervenções que sejam procedentes da razão crítica, permeadas por valores éticos e políticos, além de estar baseada em referências teórico-metodológicas.

De acordo com Pontes (2016, p. 200), é o profissional que “pode, no processo de intervenção propriamente dito, ter a possibilidade de articular as forças e os sujeitos em presença”. E quando relaciona-se isso à discussão da instrumentalidade, entende-se a funcionalidade profissional do assistente social, quando esse faz o uso dos instrumentos técnicos para viabilizar os direitos dos sujeitos.

3.2 Os instrumentos e técnicas no cotidiano profissional da saúde e sua relação com a instrumentalidade

No cotidiano de trabalho, para a efetivação de sua ação e dos princípios profissionais, os assistentes sociais utilizam um conjunto de instrumentos e técnicas. No Serviço Social, os instrumentos e técnicas são realizados e organizados por diferentes disciplinas no campo das ciências sociais, sendo utilizados por diversas práticas sociais para “modelar o comportamento humano, para racionalizar as relações entre os homens, atendendo a diferentes interesses sociais” (TRINDADE, 2001, p. 25). Essa atuação, presume-se, tem se baseado em um arcabouço teórico-metodológico e uma direção ético-política, objetivados por um exercício profissional que possibilita o alcance dos resultados desejados e a consolidação do compromisso com os usuários através do uso de instrumentos e técnicas, que é o modo de aparecer da profissão. Sendo assim, deve-se ter clareza de que o instrumental não é independente, pois está inserido no projeto profissional como parte fundamental da objetivação das ações profissionais e da direção teórico-político do exercício profissional (TRINDADE, 2001).

Entende-se que, para o desenvolvimento de um exercício profissional qualificado, na conexão com os instrumentos e técnicas, o assistente social deve entender o seu objeto de ação, seu movimento, suas contradições, sua direção e as determinações que o envolvem; deve utilizar como subsídios uma teoria que permita analisar a definição de escolhas, finalidades e meios necessários ao seu exercício profissional (SANTOS, 2006). Sobre esse ponto, Prates (2003, p.4) afirma que “quanto maior o nosso conhecimento teórico, mais ampla será nossa cadeia de mediações e maiores as nossas possibilidades de construí-las”.

O conhecimento sobre a realidade, portanto, possibilita dar compatibilidade tanto à relação estabelecida entre o assistente social e o usuário, quanto a estabelecida pelos sujeitos que constituem sua equipe de trabalho.

Esse conhecimento percorre diversos âmbitos, dentre os quais o conhecimento acerca da realidade, estrutural e conjuntural, as formas de alienação, as refrações da questão social no cotidiano da população usuária, a expressão dos sujeitos em suas lutas contra hegemonias, o conhecimento de recursos sociais, de direitos sociais, das redes ou espaços de articulação e organização da população usuária, o conhecimento de dados da sua existência, consciência e vida social, do significado atribuído pelos sujeitos a seu viver histórico, os seus valores, sua cultura (PRATES,

2003, p.2).

O que determina quais instrumentos e técnicas serão utilizados na intervenção são os objetivos profissionais, como o ato de agir que exige um planejamento para a execução da ação profissional. Ressalta-se, assim, que a discussão em torno dos instrumentos e técnicas no Serviço Social é fundamental, uma vez que eles têm a capacidade de realizar a intermediação entre o fazer profissional e as concepções teóricas defendidas pelo assistente social.

O acolhimento é a atitude dos profissionais e equipe de saúde em escutar e tratar, de forma humanizada, os usuários e suas demandas, estabelecendo uma relação de interesse, confiança e apoio entre o profissional e usuário. Entende-se que, por meio da linguagem, o assistente social estabelece relações e vínculos com os usuários, na perspectiva de melhor qualificar o atendimento. Destaca-se os elementos que são determinantes para esse atendimento qualificado, ou seja, a qualidade da relação estabelecida, o conhecimento que se obtém dos usuários, das famílias, o acordo que se realiza junto aos usuários para solucionar os problemas expostos, o levantamento das condições econômicas e sociais dos usuários para que o cumprimento das orientações fornecidas ocorra e as necessidades que os usuários têm para expressar (IAMAMOTO, 2001). Acrescenta-se ainda que os profissionais devem ter competência teórica e ético-política para que as demandas individuais sejam apreendidas de forma coletiva, como também devem ter como foco o compromisso com a qualidade dos serviços prestados.

O profissional de Serviço Social deve contribuir para a expansão dos direitos de cidadania dos usuários dos serviços de saúde, por meio das necessidades e do reconhecimento da importância da socialização de informações e de espaços de reflexão conjunta com o usuário. O assistente social [...] facilita o acesso da população às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do país (CAVALCANTI; ZUCCO, 2006, p.76).

Sobre a linguagem, segundo lamamoto (1998, p. 114), trata-se do instrumento básico utilizado pelo assistente social em sua ação, pois é por meio dela que o profissional realiza ações de “cunho socioeducativo ou socializadora voltadas para mudanças na maneira de ser, de sentir, de ver e agir dos indivíduos” lamamoto

destaca que é através desse instrumento que os assistentes sociais podem realizar uma ação de controle sob os usuários. Por meio da linguagem, o assistente social constrói uma relação com os usuários e, dessa maneira, ele consegue melhor acessar as informações sobre as particularidades da condição de vida da população no que se refere à saúde, moradia, relações familiares e educação, por exemplo. Nessa perspectiva, a linguagem, como instrumento de trabalho do assistente social, busca estabelecer com o usuário uma relação de vínculo para que o processo de escuta esteja amparado por bases democráticas.

A entrevista social também é instrumento fundamental, pois representa um contato do usuário com a instituição e a possibilidade de ser ouvido e atendido em suas necessidades. Este instrumento deve ter um caráter educativo, a partir do desencadeamento de um processo reflexivo, por meio do qual novas informações possam aparecer, sendo espaço de conhecimento mútuo, das questões do cotidiano (SILVA, 2000). Na saúde, durante a entrevista social, os assistentes sociais traçam um levantamento da história de vida dos usuários, ao abordar a situação socioeconômica, renda, trabalho, e a situação familiar. Acrescenta-se ainda a análise da relação dos usuários com a sociedade, no que diz respeito às barreiras de acesso em que apresenta os fatores de risco para o adoecimento e o conhecimento (do usuário) do seu processo saúde-doença. Com o desdobramento da entrevista, tem-se as orientações sociais e o encaminhamento dos usuários para a rede socioassistencial (Vasconcelos, 2006).

O sigilo profissional é defendido no Código de Ética, em seu art. 2º, no qual aponta a inviolabilidade do local de trabalho, arquivos e documentos, a fim de garanti-lo. No art. 7º, é apontado como direito do profissional dispor de condições de trabalho, de forma a garantir a qualidade dos serviços prestados.

Os trabalhos em grupo são realizados pelos assistentes sociais na saúde e têm como referência a realização de grupos educativos e de atendimento. Os grupos de atendimento definem-se de acordo com as especificidades médicas e se organizam conforme a demanda de atendimento. Já os grupos educativos são realizados em dois formatos: palestra e trabalho coletivo e reflexivo. Os grupos nos quais os assistentes sociais atuam resumem-se, em geral, ao Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) e aos direitos reprodutivos e climatério, que são

determinados pelo Ministério da Saúde. Sobre os formatos dos trabalhos grupais, Vasconcelos (2006, p. 266) realiza um contraponto entre a lógica da palestra e a reflexão dialógica: na lógica da palestra, o espaço da reunião tem pouco valor como instrumento de trabalho, mas na lógica da reflexão, o espaço criado e coordenado pelo assistente social contém a possibilidade e capacidade de organizar, capacitar, fortalecer, democratizar, politizar. Considera-se, então, que os espaços coletivos devem priorizar os processos reflexivos, em detrimento da simples divulgação de informação e conhecimento. Realizar tal ação requer uma modalidade de reuniões centradas em palestras e direcionar o foco em estratégias dialógicas que permitam que o usuário participe do processo de conhecimento (VASCONCELOS, 2006).

Entre outros instrumentos utilizados na profissão, tem-se a Ficha Social de Admissão de Paciente (para registro de todas as informações coletadas na entrevista social), a Ficha de Readmissão de Paciente (para registro e atualização das informações do usuário no processo de novo internamento na instituição), a Ficha de Evolução (na qual são registradas as informações coletadas mediante escuta qualificada durante os atendimentos aos usuários nas enfermarias), o Formulário de Declaração (instrumental físico ou eletrônico fornecido aos usuários pelo profissional do serviço social como forma de garantia de direitos), o Protocolo de Orientação para pacientes e acompanhantes (que são normas e rotinas institucionais passadas para os usuários no ato da internação ou na visita hospitalar), o Protocolo de Óbito (com informações e documentos hospitalares fornecidos aos familiares como forma de garantia de direitos) e o Protocolo de Alta Hospitalar (com orientações repassadas aos usuários e familiares no ato da alta hospitalar como forma de garantir a continuidade do tratamento domiciliar e em nível ambulatorial).

Sobretudo, esses instrumentais devem contribuir para a expansão dos direitos de cidadania dos usuários dos serviços de saúde, por meio da satisfação de necessidades e do reconhecimento da importância da socialização de informações e de espaços de reflexão conjunta com o usuário.

3.3 O HUGOL, o perfil dos profissionais que atuam no HUGOL e sua rotina.

Na atualidade, o HUGOL é o maior hospital da Região Noroeste de Goiânia e se constitui em campo de estágio de cursos da área da saúde, sendo referência em serviços como urgência, emergência e queimaduras ao atender os usuários do SUS de diferentes regiões do país.

Sob esse viés, o HUGOL foi inaugurado no dia 06 de julho de 2015, com uma estrutura de 71.165 m² de área construída, onde realiza-se atendimentos de alta e média complexibilidade. Também se tornou um Centro de Referência em assistência a queimados, contendo banco de sangue, ambulatório e um centro de exames laboratoriais e de imagem. Para a execução de uma assistência multidisciplinar, o hospital já conta com mais de 2 mil colaboradores para o atendimento cem por cento (100%) via Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado no ensino e na pesquisa contendo, inclusive, estagiários, internos e residentes dos cursos de fisioterapia, psicologia, serviço social, enfermagem e medicina (AGIR, 2019).

De julho de 2015 a dezembro de 2018, o HUGOL já realizou mais de 6,9 milhões de procedimentos, dentre urgência e emergência, internações, ambulatorial e equipe multidisciplinar (3.073.538), atendimentos (11.193.827), procedimentos cirúrgicos (5.004.548), exames (54.674.540), transfusões (1.867.326), queimados (2.837), pediatria (31.122) (AGIR, 2019). Com a ampliação, o HUGOL passou de 330 para 389 leitos ativos no total. Sendo 59 leitos de UTI adulto, 10 leitos de UTI pediátrica, 7 leitos de UTI especializada em queimados, 75 leitos de clínica de ortopedia/traumatologia, 45 leitos de clínica cirúrgica, 60 leitos na clínica médica, 30 leitos de clínica de especialidades, 30 leitos de clínica de cardiologia, 15 leitos de clínica pediátrica, 10 leitos especializados em queimados, 22 leitos de observação, 7 leitos de urgência e emergência, 12 leitos de observação (pacientes infartados) e 7 leitos de estabilização (pacientes infartados) (AGIR, 2019).

O HUGOL se destaca nacionalmente como uma unidade para atendimento de urgência e emergência de média e alta complexibilidade, sendo referido aos bons resultados o atendimento multidisciplinar para o tratamento do paciente. Como já dito, as categorias que compõem a equipe multidisciplinar são: Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, além das equipes administrativas de apoio que contribuem para a efetividade da assistência.

“O HUGOL foi concebido para ser uma unidade de saúde completa, contando com especialistas de diversas áreas, trabalhando em conjunto e trocando conhecimentos para oferecer um tratamento multidisciplinar ao paciente, aumentando as probabilidades de um diagnóstico mais assertivo e uma recuperação segura. Ele sustenta-se nos pilares da humanização, da qualidade e da excelência nos processos na perspectiva do cuidado integral, sendo o foco das equipes o desfecho favorável, a prevenção dos agravos e o resgate do máximo potencial funcional dos indivíduos”, declarou Dagoberto Miranda Barbosa, Gerente Multiprofissional do HUGOL (AGIR, 2019).

A atuação do assistente social na área da saúde hospitalar do HUGOL é composta por 32 profissionais, sendo duas assistentes sociais atuando na Clínica Médica um e na Clínica Médica dois. Conforme experiências de estágio em campo, o trabalho gira em torno do acolhimento aos familiares e pacientes com uma escuta profissional, orientando quanto aos direitos sociais. Com isso, o assistente social é fundamental para o desenvolvimento de uma assistência humanizada, uma vez que socializa informações não só relacionadas às normas e serviços da instituição, mas sobretudo sobre os serviços disponibilizados na Rede SUS e os fluxos de acesso aos mesmos, com vista à viabilização dos direitos sociais.

Realiza ainda, dentre outras atividades, a busca ativa de familiares, principalmente, nos casos de pacientes não identificados, idosos ou em situação de abandono como os usuários em situação de rua e vítimas de agressão física. Além disso, esse profissional realiza atendimento a beira leito, realizando orientações, acolhimento e encaminhamentos a rede (DIÁRIO DE CAMPO, 29 out. 2020).

Sendo assim, para viabilizar direitos na Clínica Médica do HUGOL, onde a experiência de estágio supervisionado em campo concentrou-se durante um semestre do contexto pandêmico, serão abordados os principais instrumentos utilizados pelos assistentes sociais no HUGOL, de modo que possamos refletir sobre a importância desses no acesso pelos usuários a direitos.

Para apreensão da realidade dos usuários, o profissional se utiliza de alguns instrumentais de trabalho, como “anamnese social”, que corresponde à coleta de dados referente ao grupo familiar, modo de vida da família, dados socioeconômicos, cidade da moradia, dentre outros dados, que irão subsidiar a análise e direcionamentos da ação profissional.

Na atuação do serviço social na Clínica Médica do HUGOL, os profissionais

procuram realizar uma abordagem junto aos usuários para que se compreendam suas condições de vida e de inserção na sociedade e, a partir dessa análise, seja possível realizar orientações e encaminhamentos aos programas e benefícios sociais, inclusão na rede socioassistencial, oportunizando o acesso às políticas e direitos sociais. O eixo do trabalho profissional é, assim, a busca pela qualidade no atendimento, na democratização das informações e o desenvolvimento do acolhimento. Ressalta-se, ainda que, para a utilização desse tipo de instrumento, o assistente social do HUGOL conta com a sala para o atendimento, que mantém o sigilo quanto as informações repassadas pelos usuários durante a entrevista. Para os profissionais de Serviço Social, o sigilo dos atendimentos que realiza é de extrema importância.

Em suma, o trabalho exercido pelo Serviço Social no HUGOL realiza-se por meio de acolhimento tanto aos pacientes quanto aos familiares, dando as devidas orientações e recolhendo informações para realizar anamnese social. Assim, é possível conhecer a realidade social do paciente e familiares, cujos casos são discutidos nas reuniões (HUDDLE e PTS)², juntamente com as equipes do setor que estão inseridas na Clínica Médica.

O profissional realiza ainda encaminhamentos e orientações para a aquisição de insumos caso o paciente necessite, tais como cadeira de rodas e banho, fraldas, colchão de casca de ovo, respirador, visando também o acompanhamento do processo da desospitalização do paciente caso ele necessite do SAD (Serviço de Atendimento Domiciliar), que é uma equipe que vai proporcionar a continuidade do cuidado em domicílio contendo geralmente a presença do enfermeiro, fisioterapeuta e médico (DIÁRIO DE CAMPO, 04 out. 2020).

Como já mencionado, o serviço social não é apenas um segmento profissional, mas uma profissão com visão ético-política. Isso coloca os assistentes sociais como profissionais com visão crítica acerca dos fatos sócio-políticos e históricos ocorrentes no seu entorno. Assim, os profissionais assistentes sociais devem observar os princípios da sua rotina profissional em defesa da liberdade, da democracia, da justiça social, dos direitos humanos, o combate ao preconceito em

² HUDDLE é uma reunião rápida com duração de 10 a 15 minutos, com os profissionais da equipe multidisciplinar e interdisciplinar, onde gerencia os problemas relacionados à qualidade e segurança do paciente e o processo da alta hospitalar, onde permite um maior número de leitos vagos. O PTS é um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, sendo resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, onde a equipe traz os casos mais graves para a reunião, definindo o tempo de internação.

suas mais diversas formas e seu compromisso com a qualidade dos serviços prestados, bem como a competência (CFESS, 2010). No que diz respeito ao exercício profissional no HUGOL, verificou-se, durante a experiência de estágio, que os instrumentais mais utilizados para a viabilização do direito social à saúde é a socialização de informações, ou seja, a linguagem adequada para cada perfil de usuário de modo a contribuir de forma objetiva com o acesso desses aos serviços de saúde. É a partir da comunicação e da orientação clara que é possível esclarecer dúvidas, fluxos, e procedimentos que viabilizam e facilitam o acesso dos usuários a saúde.

Como já mencionado, os instrumentos técnico-operativos, que o assistente social utiliza na Clínica Médica do HUGOL são: a orientação, a entrevista, as reuniões, relatórios e parecer social.

A dimensão técnico-operativa é constituída pelas teorias, metodologias, instrumentos e técnicas enquanto estratégias, táticas, ferramentas e habilidades para realizar a ação. A ação, nesse sentido, sobretudo em torno do estudo social que se realiza, desenvolve-se por aproximações sucessivas, pela construção, desconstrução e reconstrução dos objetos, em seus elementos constituintes e constitutivos promovendo síntese, totalização, difusão do saber, fazer, contribuindo para a reprodução social das relações sociais na direção da liberdade e da justiça social (GUERRA, 2000).

Sendo assim, como já dito, o assistente social utiliza os instrumentais técnico-operativos materializando suas intenções no atendimento ao usuário. Nesse sentido, durante a experiência em campo de estágio, a dimensão técnico-operativa na Clínica Médica não se trata somente de instrumentos para a realização do “fazer profissional”, refere-se sim a um conjunto que agrega capacidade, técnicas, um arcabouço teórico-metodológico capaz de decifrar a essência da realidade e deixar de lado a aparência dos fatos, assim, contribuindo para o reconhecimento social e valorização da profissão.

Desse modo, fazendo bom uso desses instrumentos técnico-operativos, faz-se necessário que o assistente social tenha clareza das três dimensões abordadas para, então, ter competência profissional. Para isso, requer analisar, interpretar, utilizar o conhecimento e ter habilidade no uso do instrumental para ter uma prática profissional coerente em seus resultados. O assistente social para fazer, para quem,

onde e quando fazer, é preciso também analisar as consequências que as ações irão produzir.

Assim, o assistente social dota suas ações de conhecimento adquirido mediado, que é a instrumentalidade, porque é a capacidade do profissional que vai se construindo e reconstruindo, para, assim, o profissional transformar o instrumental de trabalho, apresentando respostas às demandas apresentadas, de acordo com as necessidades e as mudanças desejadas, visando concretizar seus objetivos. Guerra (2000, p. 3) relata que:

[...] A capacidade do profissional atuar está diretamente ligada à como ele compreende seu processo de trabalho e forma-se a partir das relações que o mesmo estabelece com o seu meio e a maneira como realiza as mediações como um olhar para a transformação da realidade, pois, “o resultado desse processo é sempre uma transformação na natureza e no próprio homem, uma vez que ao final ele já não é o mesmo homem”.

Conforme ressaltado, Guerra (2000) afirma que a instrumentalidade está ligada a uma ou mais capacidade e propriedade de algo e é indispensável da profissão, construída e reconstruída no processo sócio-histórico. Vale destacar que o profissional adquire essa capacidade no exercício profissional, baseando-se nas atividades que foram desempenhadas, além de ser necessário destacar que a instrumentalidade vai além dos instrumentais-técnicos.

No exercício profissional, o assistente social, com sua capacidade, transforma as relações sociais e as condições subjetivas e objetivas no nível da realidade social, de modo que, como as demandas postas a esse profissional são fruto das determinações presentes na totalidade, requerem dos profissionais intervenções naturais da razão crítica permeadas por valores éticos e políticos.

Guerra (2000) demonstra que a instrumentalidade do exercício profissional como mediação possibilita que, na prática do profissional, o embasamento teórico permita compreender as particularidades e singularidades do cotidiano. A mediação, segundo Pontes (2010), é uma das categorias mais usadas pelo Serviço Social na sua prática.

As mediações são expressões históricas das relações que o homem edificou com a natureza e conseqüentemente das relações sociais, nas várias formações sócio-humanas que a história registrou. A mediação funciona como condutos por onde fluem as relações entre as várias instâncias da realidade, são elas que possibilitam conceber-se a realidade

da totalidade (PONTES, 2010, p. 78).

A mediação consiste também em um processo prático-concreto, ou seja, a intervenção profissional do assistente social permite a construção e reconstrução do objeto profissional na procura de uma prática transformadora, permitindo, assim, ao profissional uma atuação crítica e transformadora às demandas da profissão.

De acordo com Pontes (2000), para que a intervenção do assistente social se desenvolva, torna-se indispensável que o assistente social entre em contato com várias realidades, considerando os fatos, os problemas individuais, as famílias e as demandas institucionais (PONTES, 2000). Nesse sentido, sugere-se aqui que ele parta das singularidades dos sujeitos, perpassa a universalidade em suas múltiplas determinações a fim de particularizar o fenômeno.

A universalidade se refere às mediações, às determinações, à própria legalidade social, ao trabalho, às políticas sociais, à sociedade, entre outras determinações. A particularidade é o espaço no qual a legalidade universal se universaliza, portanto é um campo de mediação entre o universal e o singular, como os campos de mediações estão relacionados aos movimentos sociais, à rede de proteção articulada, à cultura, à história e às relações sociais. Sendo assim, “[...] as mediações têm a função de condução de passagens e conversões entre as várias instâncias da totalidade. Por isso, a categoria mediação é estruturante da particularidade.” (PONTES, 2010, p.86).

Sendo assim, visto que a mobilização da instrumentalidade pauta-se na realidade social de cada indivíduo, o assistente social tem a capacidade de perceber as particularidades, a singularidade de cada história, de cada situação, e perpassar essas dimensões da realidade social do usuário, para que sejam desenvolvidas, na prática, as orientações das articulações para o encaminhamento a rede. Essa capacidade técnica de usar os instrumentos a favor do usuário, como a anamnese, ficha de avaliação, encaminhamentos, promove o entendimento sobre como organizar e proporcionar o que o usuário necessita para viabilizar seus direitos na Clínica Médica do HUGOL, onde também os assistentes sociais discutem o caso dos pacientes nos HUDDLE, abordando também a discussão do PTS (onde ocorre a própria avaliação do serviço social baseado na anamnese). Diante disso, o assistente social desenvolve uma responsabilidade social baseada nas orientações para, assim, garantir direitos.

CONSIDERAÇÕES

A partir deste trabalho de pesquisa, foi possível compreender melhor a relação do Serviço Social brasileiro com a Política de Saúde, seu percurso no processo que antecedeu a promulgação da Constituição Federal e, conseqüentemente, como se deu o surgimento do Sistema Único de Saúde. Sendo assim, buscou-se apresentar o trabalho do assistente social no campo da saúde e suas contribuições.

O Serviço Social é uma profissão eminente operativa e, assim, a forma como os profissionais direcionam as respostas às demandas que são apresentadas é a forma que ele se materializa e, portanto, o modo como a profissão será reconhecida. No exercício profissional, os instrumentos e técnicas são elementos que efetivam a ação profissional e, por isso, devem estar articulados aos fundamentos e princípios políticos do Serviço Social.

Desse modo, é necessário que o assistente social se perceba histórico e criticamente em suas atribuições, pois isso permite, no fazer profissional, reafirmar os princípios ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo, tendo em vista os interesses e necessidades da classe trabalhadora, contribuindo, assim, para o fortalecimento da classe trabalhadora.

Dessa forma, na busca pela construção de uma perspectiva crítica de atuação, os assistentes sociais devem articular a escolha do instrumental técnico-operativo com a intencionalidade profissional ancorada aos valores do projeto ético-político. Importante salientar que as estratégias profissionais e políticas do assistente social só podem ser estabelecidas a partir da compreensão de que o profissional participa, tanto de mecanismos de dominação e exploração, como de respostas às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora e da reprodução do antagonismo de interesses existentes entre as classes sociais, que são caracterizadas pelo conflito entre capital e trabalho (IAMAMOTO; CARVALHO, 1998).

Dessa forma, a presente monografia objetivou-se apreender a instrumentalidade no exercício profissional dos assistentes sociais na saúde, sendo condição concreta de reconhecimento da profissão, posto que, por meio da instrumentalidade, “os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível cotidiano” (GUERRA, 2000, p.2).

Também teve a finalidade de verificar a importância dos instrumentais no agir profissional, assim, o assistente social, inserido na realidade social, operacionaliza sua ação profissional utilizando a instrumentalidade, a qual é inerente ao próprio modo de ser da profissão.

Diante disso, pode-se concluir que o assistente social é um profissional de grande importância e funcionalidade na política de saúde, por ser aquele que liga o usuário à garantia dos seus direitos, viabilizando, assim, o exercício na profissão e buscando seus fundamentos em relação ao instrumental técnico-operativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEPSS. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social**. Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: https://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf. Acesso em: 20 set. 2021.

ABREU, M. M. A dimensão pedagógica do serviço social: bases histórico-conceituais e expressões particulares na sociedade brasileira. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 25, n.79, p.43-71, set. 2004.

QUEM SOMOS HUGOL. **Agir**. Disponível em: <https://www.agirsaude.org.br/quem-somos-hugol/>. Acesso em: 20 nov. 2020.

ANDRADE, L. O. M. de. **A Saúde e o Dilema da Intersectorialidade**. 1 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

AROUCA, A. S. **Democracia é saúde**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8 ed, 1986, Brasília. **Anais** [...] Brasília: DF, 1986. p. 35-42.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/8QQ0Gyz6x815V3u07yLJ.pdf>. Acesso em: 28 set. 2021.

BARROCO, M. L. S. A inscrição da ética e dos direitos humanos no projeto ético-político do serviço social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 25, n.79, p.27-42, set. 2004.

BYDLOWSKI, C. R. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Revista Saúde e Sociedade**, Faculdade de Saúde Pública da USP e Associação Paulista de Saúde Pública, v. 13, n. 1, p. 14-24, jan-abr 2004.

BRASIL. Lei nº 1920, de 25 de julho de 1953. Estabelece o Ministério da Saúde e toma outras providencias. Brasília, DF: Senado Federal, 1953. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/hospitais-federais/681-institucional/40886-historia-do-ministerio>. Acesso em: 07 set. 2021.

BRASIL. [Constituição Federal (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39223/2/Pol%C3%ADticas%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20Princ%C3%ADpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 07 set. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080/90, de setembro de 1990. Institui o Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1. Brasília, DF, 20 set. 2002. Disponível em : <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39223/2/Pol%C3%ADticas%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20Princ%C3%ADpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>

%20Princ%C3%ADpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 07 set. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990. Institui a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39223/2/Pol%C3%ADticas%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20Princ%C3%ADpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 07 set. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90. **Lei Complementar nº 141**. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/01/Livro_LC_141_tela.pdf. Acesso em: 01 out. 2021.

BRASIL. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, Resolução CFM nº 1.246/88. **Diário Oficial da União**: Rio de Janeiro, 08 jan. 1988.

BRAVO, Maria Inês. Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional, São Paulo: OPAS: OMS: Ministério de Saúde, 2006, p. 09-12. Disponível em: <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/SERVIC%CC%A7O%20SOCIAL%20E%20SAU%CC%81DE%20FORMAC%CC%A7A%CC%83O%20E%20TRABALHO%20PROFISIONAL.pdf>. Acesso em 07 set. 2021.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. Rio de Janeiro: Cortez, 1996.

BARROCO, Maria Lucia; TERRA, Sylvia Helena. **O código de ética do/a assistente social comentado**. São Paulo: Cortez, 2012.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BEZERRA, Suely de Oliveira; ARAÚJO, Maria Arlete Duarte. As (re)configurações das demandas ao serviço social no âmbito dos serviços públicos de saúde. **Rap**, Rio de Janeiro, n. 41, p. 187-209, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/nyLsQ5tM53TVs5PXmqRznfQ/?format=pdf&lang=p>. Acesso em: 01 out. 2021.

CARVALHO, Gilson. A saúde Pública no Brasil. **Estudos Avançados**, [S. l.], v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2021.

CARDOSO, Priscila Fernandes Gonçalves. **Ética e projetos profissionais**: os diferentes caminhos do Serviço Social no Brasil. Campinas, SP: Papel Social, 2013. Disponível em: <https://docero.com.br/doc/xce80v0>. Acesso em: 29 nov. 2021.

CAVALCANTI, L. F.; ZUCCO, L. P. **Política de saúde e Serviço Social**. In: REZENDE, I.; CAVALCANTI, L. (org.). *Serviço Social e políticas sociais*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006. p. 67-82. Disponível em: [file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/14429-Texto%20do%20artigo-62953-1-10-20131220%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/14429-Texto%20do%20artigo-62953-1-10-20131220%20(1).pdf). Acesso em: 07 de nov. 2021.

CECÍLIO, L. C. de O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Os Sentidos da Integralidade**: na atenção e no cuidado à saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em: 26 out. 2021.

CFESS. **Parâmetros para a atuação dos Assistentes sociais na Política de Saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualcao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 11 set. 2021.

CFESS. Código de ética profissional do assistente social – 1993. In: BONETTI, Dilséa Adeodata; *et. al.* **Serviço Social e ética**: um convite à nova práxis. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CFESS. **Código de ética do/a assistente social**. Lei nº 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10ª ed. Brasília, DF: CFESS, 2012. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 17 set. 2021.

COSTA, Maria Dalva H. da. Os serviços na contemporaneidade. In: FERNANDES, Ana Elizabete S. da Mota (org.). **A nova fábrica de consensos**. São Paulo: Cortez 1998.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 62, 2000.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. **Serviço Social & Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério de Saúde, 2006. Disponível em: <https://www.poteresocial.com.br/wp-content/uploads/2021/03/texto-O-Trabalho-nos-Servi%C3%A7os-de-Sa%C3%BAde-e-a-Inser%C3%A7%C3%A3o-dos-Assistentes.pdf>. Acesso em: 28 set. 2021.

CORREIA, M. V. C. **Desafios para o Controle Social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CUNHA, J. P. P. & CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39223/2/Pol%C3%ADticas%20>. Acesso: 12 de set. 2021.

DIÁRIO DE CAMPO. Relatos da experiência de estágio de Giovanna Oliveira de Castro no Hospital Estadual de Urgência Governador Otávio Laje de Siqueira. Goiânia, GO: PUC-GO, 2014. [manuscrito].

FALEIROS, Vicente de Paula. Confrontos teóricos do movimento de reconceitualização do serviço social na América Latina. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 8, n. 24, p. 49-70, ago. 1987.

GUERRA, Yolanda. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. Brasília: Cortez, 2000. Disponível em: <http://www.uel.br/cesa/sersocial/pages/arquivos/GUERRA%20Yolanda.%20A%20instrumentalidade%20no%20trabalho%20do%20assistente%20social.pdf>. Acesso: 20 set. 2021.

GUERRA, Yolanda. Apresentação. In: SANTOS, Cláudia M. dos; BACKX, Sheila (org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. Juiz de fora: Ed. UFJF, 2012. p.9-13.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995. Disponível em: <http://www.uel.br/cesa/sersocial/pages/arquivos/GUERRA%20Yolanda.%20A%20instrumentalidade%20no%20trabalho%20do%20assistente%20social.pdf>. Acesso em: 18 out. 2021.

GUERRA, Y. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. In: SANTOS, C. M. *et al.* (org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

GUERRA, Yolanda. Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 62, 2000. Acesso em: 01 dez. 2021.

GUERRA, Yolanda (org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. Juiz de fora: Ed. UFJF, 2012. p.15-38.

GERMANO, José Willington. **Estado militar e educação no Brasil (1964-1985)**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2000, 297 p. 123.

GUEDES, A. E. L. Da Integração de Programas à Integralidade de Ações de Saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

HISTÓRIA DO MINISTÉRIO. **Ministério da Saúde**, 2017. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/681-institucional/40886-historia-do-ministerio>. Acesso em: 20 set. 2021.

IAMAMOTO, M. V; Carvalho, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 12^a ed. São Paulo: Cortez, Lima, Peru: CELATS, 1998.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 17ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 21ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 23ª ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 40ª ed. São Paulo: Cortez, 2015.

KRÜGER, T. R. Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde**, Campinas, UNICAMP, Ano IX, n. 10, p.123-146, 2010.

LIMA, Telma Cristiano Sasso de. MIOTO, Regina Célia Tamasso. PRÁ, Keli Regina Dal. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Textos e Contextos**, São Paulo, n 7, ano VI, p. 1-12, jul. 2007. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/3215/321527160010.pdf>. Acesso em: 04 out. 2021.

LEWGOY, A. M. B. **Supervisão de estágio em Serviço Social: desafios para a formação e o exercício profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MARTINELLI, M. L. e outros (org.). **O Uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. São Paulo: Cortez/Educ, 1998.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O exercício profissional do assistente social na área da saúde: algumas reflexões éticas. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, v. 6, n. 6, mai. 2007. Disponível em: file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/2_Martinelli%20.pdf. Acesso em: 03 out. 2021.

MARTINELLI, M. L.; KOUMROUYAN, E. Um olhar para a questão dos instrumentais técnico-operativos em serviço social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 45, ano XV. São Paulo: Cortez, 1994.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política: Livro I**. 33ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social**, uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 1998.

NETTO, José Paulo. A crítica conservadora à reconceptualização. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 2, n. 5, p. 59-75, mar. 1981.

NETTO, José Paulo. O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois. **Revista Serviço Social e Sociedade**. Nº 84 – ANO XXVI. São Paulo: Cortez, 2005.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 12ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

NETTO, José Paulo. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n 50, p.87-132, ano XVII, abr. 1996.

NOVO, Benigno Núñez; PINHEIRO, Vinícius Núñez, *et al.* Legislação do SUS. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 24, n. 5814, 2 jun. 2019. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/73160>. Acesso em: 18 set. 2021.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R.C.T. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. *In*: MOTA, A. E; BRAVO, M. I. de S.; UCHÔA, R.; *et al.*, (org.). Serviço Social e Saúde. **Formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, ABEPSS. Cortez, 2006.

PAVÃO, A. L. B. SUS: em construção ou desconstrução? **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Brasília, v. 10, n. 3, jul-set 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/1192-4142-1-PB.pdf>. Acesso em: 18 set. 2021.

PEREIRA A. L. *et al.* **O SUS no seu Município**: garantindo saúde para todos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PEREIRA, S. L. B. **As dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa**: particularidades e unidade. I Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios Contemporâneos. **Anais**, Londrina, 9 a 12 jun. 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/silo.tips_as-dimensoes-teorico-metodologica-etico-politica-e-tecnicooperativa-particularidades-e-unidade%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/silo.tips_as-dimensoes-teorico-metodologica-etico-politica-e-tecnicooperativa-particularidades-e-unidade%20(3).pdf). Acesso em: 20 set. 2021.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena visão. **Medicina de Emergência**, p.1-35. Disponível em: <http://medicinadeemergencia.org/wp-content/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SES-MT.pdf>. Acesso 28 set. 2021.

PONTES, Renaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social**: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo serviço social. 8 ed., p. 86. São Paulo: Cortez, 2010.

PONTES, Renaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social**: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo serviço social. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

PRATES, Jane Cruz. A questão dos instrumentais técnico-operativo numa perspectiva dialético crítica de inspiração Marxiana. **Revista Virtual Textos e**

Contextos, n. 2, p. 1-8 ano II, dez. 2003. Disponível em: [file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/948-Texto%20do%20artigo-3438-2-10-20110520%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/948-Texto%20do%20artigo-3438-2-10-20110520%20(2).pdf). Acesso em: 07 de nov. 2021.

O SUS PRA VALER: universal, humanizado e de qualidade. Documento elaborado pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. **Revista RADIS**, Rio de Janeiro. FIOCRUZ/ENSP, n. 49, p. 1-36, set. 2006. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/20234/2/2006_Setembro_49.pdf. Acesso em: 26 de out. 2021.

SILVA, Débora Cristina da. KRÜGER, Tânica Regina. Parâmetros para a atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde: o significado no exercício profissional. **Revista Temporalis**, Brasília (DF), v. 18, n. 35, jan-jun. 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/DialnetParametrosParaAAtuacaoDeAssistentesSociaisNaPoliti-6580558.pdf>. Acesso em: 17 set. 2021.

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: **FORMAÇÃO E TRABALHO PROFISSIONAL. O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Florianópolis: ABEPSS, 2006. CD-ROM.

SARMENTO, H. B. M. Instrumental técnico e o Serviço Social. *In*: SANTOS, Claudia Mônica dos; BACKX Sheila; GUERRA, Yolanda. (org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social**: desafios contemporâneos. 2. ed. Juiz de Fora: UFJF, 2013. Disponível em: <https://www2.uepg.br/proex/wp-content/uploads/sites/8/2018/10/LIVRO-INSTRUMENTAIS-TECNICO-OPERATIVOS-NO-SERVICO-SOCIAL.pdf>. Acesso em: 26 out. 2021.

SANTOS, C. M. **Os instrumentos e técnicas**: mitos e dilemas na formação profissional do assistente social no Brasil. (2006). Tese (Doutorado em Serviço Social). UFRJ: Centro de Filosofia e Ciências Humanas/Escola de Serviço Social.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. Um novo fazer profissional. *In*: **Capacitação em Serviço Social e política social**: módulo 04. Brasília: NED/Cead, Universidade de Brasília - UnB, 1999. p. 111-124.

TRINDADE, R. L. P. Desvendando as determinações sócio-históricas do instrumental técnico-operativo do Serviço Social na articulação entre demandas sociais e projetos profissionais. **Revista Temporalis**, Rio de Janeiro (RJ), n. 4, ano II, p. 21-42, jul-dez. 2001.

UCHOA, Roberta. Intersetorialidade nas políticas públicas: compromisso de todos. *In*: UCHOA, Roberta. **Curso de Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas**: capacitação para conselheiros e liderança comunitárias. 6 ed. Brasília, DF: SENAD-MJ/ NUTE-UFSC, 2014. p. 229-242.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério de Saúde, 2006. Disponível em: <https://www.poteresocial.com.br/wp->

content/uploads/2021/03/texto-Servi%C3%A7o-Social-e-Pr%C3%A1ticas-Democr%C3%A1ticas-na-Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 03 out. 2021.

VASCONCELOS, Ana Maria de. O trabalho do assistente social e o projeto hegemônico no debate profissional. *In: Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Módulo 4. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD-UnB, 2000.

VINAGRE, Marlise. Ética, direitos humanos e projeto profissional emancipatório. *In: FORTI, Valeira; GUERRA, Yolanda. Ética e direitos: ensaios críticos*. 4. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013. Disponível em: http://www.cress-es.org.br/site/images/art_marlise_vinagre.pdf. Acesso: 29 nov. 2021.

RESOLUÇÃO n°038/2020 – CEPE

ANEXO I

APÊNDICE ao TCC

Termo de autorização de publicação de produção acadêmica

O(A)estudante Giovanna Oliveira de Castro do Curso de Serviço Social, matrícula 2018.1000.70001-2, telefone: (62)98172-7007 e-mail giovanna220199@hotmail.com, na qualidade de titular dos direitos autorais, em consonância com a Lei n° 9.610/98 (Lei dos Direitos do autor), autoriza a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) a disponibilizar o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado Instrumentalidade e Serviço Social: reflexões em torno da atuação na Clínica Médica do HUGOL, gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, por 5 (cinco) anos, conforme permissões do documento, em meio eletrônico, na rede mundial de computadores, no formato especificado (Texto (PDF); Imagem (GIF ou JPEG); Som (WAVE, MPEG, AIFF, SND); Vídeo (MPEG, MWV, AVI, QT); outros, específicos da área; para fins de leitura e/ou impressão pela internet, a título de divulgação da produção científica gerada nos cursos de graduação da PUC Goiás.

Goiânia, 13 de dezembro de 2021.

Assinatura do(s) autor(es): Giovanna O. de Castro

Nome completo do autor: Giovanna Oliveira de Castro

Assinatura do professor-orientador: Danielli Silva B. Reis

Nome completo do professor-orientador: Danielli da Silva Borges Reis