

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

ANTÔNIA HELENA DE SOUZA

**POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL DE
URGÊNCIA DA REGIÃO NOROESTE GOVERNADOR OTÁVIO LAGES
SIQUEIRA (HUGOL)**

**GOIÂNIA-GO
2023**

ANTONIA HELENA DE SOUZA

**POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL DE
URGÊNCIA DA REGIÃO NOROESTE GOVERNADOR OTÁVIO LAGES
SIQUEIRA (HUGOL)**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra de Faria

GOIÂNIA-GO
2023

ANTONIA HELENA DE SOUZA

**POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL DE
URGÊNCIA DA REGIÃO NOROESTE GOVERNADOR OTÁVIO LAGES
SIQUEIRA (HUGOL)**

Monografia apresentada no curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás como exigência parcial para a obtenção do grau de bacharel em Serviço Social. Aprovada em 27 de junho de 2023.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Sandra de Faria (Orientadora -PUC Goiás)

Prof.^a Me. Carmen Regina Paro
(Membro Interno – PUC Goiás)

Prof.^a Me. Marly Machado Bento
(Membro Interno – PUC Goiás)

GOIÂNIA - GO
2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me dar força e coragem para superar os obstáculos da minha vida.

Agradeço a minha orientadora professora Doutora Sandra de Faria pela orientação e apoio na elaboração da monografia.

Agradeço às professoras da banca Examinadora, Professora Me. Carmem Regina Paro e Professora Me. Marly Machado Bento.

Agradecimentos à minha família por todo apoio. Minha mãe Elêuza Passos de Oliveira Souza, meu padrasto Geuserico Rodrigues de Brito e às minhas irmãs: Eleuziana de Oliveira Souza, Inácia Cristiane de Oliveira Souza e Elcilaine Maria de Oliveira Souza, pelo apoio integral e incondicional. Às minhas filhas Anna Carolyne e Milenna que estão sempre comigo.

Agradeço aos grandes amigos Alex Câmara, Marilene Aves, Cintia Barbosa, pastor Diogo Lopes, Mirian Carla.

À todos que caminharam comigo, meus agradecimentos.

RESUMO

Na monografia as análises privilegiam a sistematização dos estudos sobre a política de saúde e a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, no Brasil. Destaque para o movimento da reforma sanitária e a Constituição Federal de 1988, as conferências de saúde e a participação popular e as políticas públicas nos governos neoliberais. A presente monografia é resultado do estágio supervisionado em Serviço Social pela PUC Goiás no Hospital de Urgência Governador Otávio Lages Siqueira (HUGOL), situado no município de Goiânia, Goiás e dos estudos realizados sobre a trajetória da política social de saúde e o trabalho do assistente social. Entende-se que as disputas entre os projetos privatista, público e o SUS Constitucional fazem parte do processo de desenvolvimento do capitalismo em sua fase neoliberal, com retração nos direitos sociais para a classe trabalhadora a favor dos interesses privados e de mercado, alcançando todos os aspectos da vida social. Nessa perspectiva, é preciso refletir sobre o Serviço Social na área de saúde e seus desafios na defesa dos direitos sociais universais.

Palavras-Chaves: Saúde. Serviço Social. Política Pública.

LISTA DE SIGLAS

ABESS Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social
BPC Benefício de Prestação Continuada
CEBES Centro Brasileiro de Pesquisa
CFESS Conselho Federal de Serviço Social
CREAS Centro de Referência Especializado da Assistência
CRESS Conselho Regional de Serviço Social
CF Constituição Federal
CPMF Contribuição Provisória Sobre Movimento Financeiro
CUT Central Única dos Trabalhadores
ENESCO Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social
FNEPAS Fórum Nacional de Educação das Profissões na área saúde
HUGOL Hospital Urgência Governador Otávio Lage Siqueira
INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LBA Legião Brasileira de Assistência Social
LOAS Lei Orgânica de Assistência Social
LOS Lei Orgânica da Saúde
MPAS Ministério da Previdência e Assistência Social
MDB Movimento Democrático Brasileiro
NOB Normas Operacionais Básicas
NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAS Política de Assistência Social
PFL Partido Frente Liberal
PEP Projeto Ético Profissional
PNAU Política Nacional de Atenção às Urgências
PSF Programa Saúde da Família
PSDB Partido Social Democrático Brasileiro
PUC Goiás Pontifícia Universidade Católica de Goiás
RAS Redes de Atenção à Saúde

RUE Rede de Urgência e Emergência
SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS Secretaria de Assistência Social
SAV Serviço Auxiliar Voluntário
SBV Suporte Básico de Vida
SDUS Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde
SMS Secretaria Municipal de Saúde
SUS Sistema Único de Saúde
USF - Unidades de Saúde da Família

Sumário

Sumário	8
INTRODUÇÃO	9
I. POLÍTICA DE SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	11
1.1 O Movimento da Reforma Sanitária e a Constituição Federal do Brasil de 1988	16
1.2 As Conferências de Saúde e participação popular	18
1.3 Políticas públicas nos governos neoliberais após a Constituição Federal de 1988	20
II. SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A EXPERIÊNCIA NO HUGOL.....	30
2.1. Serviço Social e Saúde Pública	30
2.2 Serviço Social no Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL).....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46

INTRODUÇÃO

A monografia, elaborada como trabalho de conclusão do curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC GOIÁS), aborda a política social de saúde e o trabalho do assistente social no Hospital de Urgência Governador Otávio Lages Siqueira (HUGOL) a partir dos seguintes objetivos norteadores: analisar o trabalho do Assistente Social no HUGOL, como unidade de saúde pública e refletir sobre a saúde como um direito social. Para tanto foram desenvolvidos os estudos fundamentados na revisão bibliográfica, levantamento documental sobre o HUGOL e o Serviço Social e reportou-se também ao diário de campo e dados coletados, durante o estágio supervisionado em Serviço Social, realizado no HUGOL, a partir de agosto de 2020. No ano de 2021, o estágio foi reorientado conforme as normatizações para a Pandemia da Covid 19, determinações do Estado de Goiás e orientações e normas do colegiado de Serviço Social à luz das normas da PUC Goiás.

O estudo monográfico tem como propósito analisar a trajetória da política social de saúde e a construção do SUS como fruto de projetos de saúde distintos e antagônicos. Busca refletir sobre desafios, limites e possibilidades do trabalho profissional do assistente social no fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

O Serviço Social tem nas expressões da questão social o seu objeto de trabalho, apreendidas em vários aspectos da realidade do ser social, sendo vivenciadas pelos mesmos, no trabalho, na saúde, na educação, na área habitacional, dentre outros. As desigualdades sociais são indissociáveis da concentração de renda, de propriedade e do poder, que são o berço da violência e da pauperização.

A problematização que norteia o trabalho monográfico, fruto das inquietações e observações do trabalho do assistente social, durante o estágio

supervisionado no HUGOL, recai sobre as dificuldades da medição no processo de trabalho do assistente social, decorrentes de práticas burocráticas, limitadas a atender normas e regras que são formalmente estabelecidas nas duas esferas: esfera política e esfera pública, dificultado assim o atendimento ao usuário, conseqüentemente interferindo e limitando a atuação profissional.

Cabe registrar que no HUGOL identificamos um acúmulo de tarefas no cotidiano do trabalho profissional, em decorrência de muitas demandas para a equipe de assistentes sociais. Durante a pandemia da COVID 19 aumentaram ainda mais as exigências e demandas emergenciais na área de saúde.

A monografia está organizada em introdução, dois capítulos, considerações finais e referências. No primeiro capítulo as análises privilegiam os estudos sobre a política de saúde e a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, no Brasil. Os conteúdos são relacionados ao movimento da reforma sanitária e a Constituição Federal de 1988, as conferências de saúde e a participação popular e as políticas públicas nos governos neoliberais. No capítulo objetiva-se refletir sobre a construção do SUS, como surgiu e sua consolidação como política social.

O segundo capítulo apresenta os estudos sobre o trabalho do assistente social na área de saúde e a experiência no HUGOL, enquanto unidade de saúde pública. No capítulo refletiu-se sobre o Serviço Social no HUGOL.

I. POLÍTICA DE SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Este capítulo tem como objetivo refletir sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), como surgiu e se consolidou como política social pública.

Segundo Chioro e Scaff (1999) para entender a política de saúde em nosso país é necessário ir além da análise da crise e da conjuntura atual. Faz-se necessário uma incursão retrospectiva pela história da saúde e do próprio Brasil.

No início do século XX, o Brasil era assolado por epidemias causadas por doenças infectocontagiosas, como malária, varíola, febre amarela, peste bubônica, cólera, tuberculose, hanseníase, parasitoses etc. que exigia do sistema de saúde uma política de saneamento dos espaços por onde circulavam mercadorias e a erradicação ou controle de doenças que pudessem prejudicar a exportação, já que o modelo agroexportador dominava a economia brasileira, baseado na exploração da cana-de-açúcar e do café. O Brasil era um dos maiores exportadores de café e açúcar da época.

Do final do século XIX até meados da década de 1960 do século XX, praticou-se o sanitarianismo campanhista, como modelo hegemônico de saúde, de inspiração militar, que visava combater as doenças por meio de estruturas verticalizadas e um estilo repressivo de intervenção e execução de suas atividades na comunidade e nas cidades, implementadas com muito sucesso por eminentes sanitaristas, como Oswaldo Cruz (que combateu a febre amarela no Rio, em 1903, e que dirigiu a Diretoria Geral de Saúde Pública criada em 1904); Rodrigues Alves (saneamento do Rio, em 1902); Carlos Chagas, Emílio Ribas e Saturnino de Brito (saneamento da cidade e do porto de Santos, em 1906); Guilherme Álvaro etc..

Em 1897, foram criados os institutos de Manguinhos, Adolfo Lutz e o Butantã para pesquisa, produção de vacinas e controle de doenças. Em 1923, as ações de Saúde Pública foram vinculadas ao Ministério da Justiça, em reforma promovida por Carlos Chagas, incluindo nas responsabilidades do

Estado, além do controle das endemias e epidemias, a fiscalização de alimentos e o controle dos portos e fronteiras. Por causa dessas doenças que acometem os brasileiros é que o Estado passou a intervir na saúde, pois havia muitas doenças contagiosas que afetavam a vida dos trabalhadores levando-os à morte.

Eram muitos trabalhadores no campo e na cidade sem proteção contra as doenças que se alastravam por contatos.

Em 1930, a saúde pública foi anexada ao Ministério da Educação, através do Departamento Nacional de Saúde Pública. Na década de 30, surgiram inúmeros sanatórios para tratamento de doenças como a tuberculose e a hanseníase, somando-se aos manicômios públicos já existentes, caracterizando a inclusão do modelo hospitalar de assistência médica. Foi neste período que surgiram também os Departamentos Estaduais de Saúde, precursores das futuras Secretarias Estaduais de Saúde, implantando-se, progressivamente, uma rede de postos e centros de saúde estaduais, voltados ao controle das doenças endêmicas e epidêmicas. (CHIORO, SCAFF, 1999, p. 3)

Com tantos problemas de saúde pública, era inevitável a intervenção do Estado para controlar as doenças contagiosas e não contagiosas.

O período de 1930 a 1964 foi marcado pela assistência à saúde dos trabalhadores. Com industrialização nos países centrais, o Brasil foi influenciado pela Alemanha, França e Inglaterra, onde nasceu a chamada medicina social e a conquista de direitos sociais pela classe trabalhadora. No século XX a influência foi ainda mais aprofundada, com a elaboração de políticas para o setor e o surgimento de diversas propostas de saúde.

Segundo Chioro, Scaff (1999) é sempre difícil, ou mesmo impossível, estabelecer com fidelidade o marco inicial de um movimento social. Os autores mostram que tudo no começo é sempre mais difícil, mas não impossível, porque o movimento sanitário deu uma reviravolta na saúde, mudando toda a sua estrutura. Mesmo ainda sob o domínio dos militares, diversos atores, formulações teóricas, diferentes processos, lutas políticas e experiências sistemáticas etc., emergiram, forjando o nascimento do movimento denominado de Reforma Sanitária. “Em 1976, foi concebido o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS), dirigido por técnicos

comprometidos com a proposta do ‘movimento sanitário’ que começava a surgir” (CHIORO, SCAFF, 1999, p.8). Analisam os autores,

A partir de 1978, surge a proposta internacional de priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde, acordada na Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, promovida pela OMS. Em nosso país, essa proposta coincidia com a necessidade de expandir a atenção médica a partir de um modelo de baixo custo para as populações excluídas, especialmente as que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais. Desenvolvia-se a partir daí a proposta de atenção primária seletiva, com recursos marginais, para populações marginais, com tecnologias baratas e simples, pessoal com baixa qualificação e desarticulada de um sistema hierarquizado e resolutivo, distante da proposta de atenção primária à saúde e que seria capaz, se implantada de fato, de possibilitar maior eficiência, satisfação da clientela e impacto sobre as condições de vida e de saúde. [...] Em 1979, ocorreu uma grande extensão da rede ambulatorial pública, principalmente no Nordeste. (CHIORO; SCAFF, 1999, p.8).

As décadas de 1960 e 1980 foram marcadas pela ditadura militar. No Brasil, este foi um momento de mudanças econômicas, políticas e sociais. Durante a ditadura militar teve

início a um novo regime de exceção no país. Prometendo reinstaurar a ordem, fortalecer a economia e restaurar o regime democrático em curto espaço de tempo, os militares acabariam permanecendo no poder por mais de vinte anos. Caracterizados em seu período inicial pela desarticulação da participação social, os primeiros governos militares em um progressivo processo de endurecimento político procuraram destruir todas as iniciativas que fossem identificadas com o ideário socialista. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 17)

No ano de 1964 a ditadura militar significou para a totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática. Esse período fora marcado pela violência do Estado, pelos atos institucionais e pela doutrina de segurança nacional. As leis eram duras e severas contra quem não as cumprissem, sendo alvo de repressão e morte (BRAVO, 2000).

Na ditadura uma nova estrutura de poder e controle social se materializou com a publicação de atos institucionais como o Ato Institucional n. 1 (AI 1), de 9 de abril de 1964, que subverteu a ordem jurídica até então instituída.

Durante a ditadura militar foram editados 17 atos institucionais, sendo o mais repressor e violento deles o AI 05, editado em 13 de dezembro de 1968, suspendeu o habeas corpus e instituiu de forma clara e objetiva a tortura e a violência física e emocional contra os opositores do regime.

Nas análises dos autores Faleiros, Silva, Vasconcellos e Silveira. (2006) a crise na ditadura militar começou no final da década de 1970 e durou até o início da década de 1980. Podemos citar como principais causas da crise e fim da Ditadura Militar no Brasil o desgaste político com o fim do “milagre econômico”: inflação, desemprego, salários baixos e aumento da dívida externa, bem como a longa permanência dos militares no poder.

A população cansada de tanto sofrimento, tortura e abusos no final da década de 1970 e início dos anos 1980, com o agravamento das carências sociais, principalmente nos grandes centros urbanos, e o afrouxamento do regime autoritário, levaram à retomada e surgimento de movimentos sociais entre eles, o movimento sanitário.

O movimento dos trabalhadores da saúde emergiu e permitiu a constituição de um movimento com uma nova proposta na área da saúde pública. Os autores Chioro e Scaff destacam que,

Paralelamente, foram surgindo outros fatores importantes que permitiram o estabelecimento de um movimento portador de uma nova proposta. Entre esses atores, destacamos: - movimentos de trabalhadores de saúde, em especial as organizações sindicais dos médicos; - o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES (1976) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO, promovendo debates, simpósios, publicações que foram progressivamente sistematizando uma proposta alternativa ao modelo privatista; - o surgimento do movimento municipalista, através de Encontros de Secretários Municipais de Saúde, a partir de 1978, e o surgimento de entidades estaduais e nacional de secretários (Associação Sebastião de Moraes - SP, COSEMS e o CONASEMS), nutridos por experiências municipais bem sucedidas, onde foi possível conciliar o acúmulo teórico e a prática na implantação de sistemas municipais de saúde, como Campinas, Niterói, Londrina, Piracicaba, Bauru, etc.); - um número pequeno, mas importante, de parlamentares comprometidos, nos diferentes níveis do poder

legislativo; - surgimento e fortalecimento do movimento popular de saúde, fortemente influenciado pelas comunidades eclesiais de base da igreja católica e da participação de militantes de esquerda na periferia das grandes cidades (Zona Leste de São Paulo, principalmente) - o fim do bipartidarismo, a democratização e ressurgimento do debate político e de propostas partidárias; - o resultado da reforma sanitária experimentada em alguns países, com forte influência da experiência italiana. - O surgimento de um novo movimento sindical, autônomo, a partir das greves do ABC no final dos anos 70, e com destaque e importância para a Central Única dos Trabalhadores (CUT). Caminhávamos, entretanto, do ponto de vista das políticas institucionais implementadas, para a consolidação do processo de 'universalização excludente das políticas de saúde', como designou Eugênio Vilaça. (CHIORO, SCAFF, 1999, p.9).

Diante desse contexto histórico entende-se que a reforma sanitária brasileira surgiu como um movimento social que se consolidou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, de 17 a 21 de março de 1986. A Reforma Sanitária nasceu na luta contra a ditadura, com o tema: "Democracia e Saúde".

O movimento da reforma sanitária teve uma gestação participativa, foi um marco importante na luta pela democracia, composto por trabalhadores, sindicato, igreja e outros órgãos.

Este movimento caminhava na oposição às políticas institucionais de saúde implementadas pelos militares.

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Entre os políticos que se dedicaram a esta luta está o sanitarista Sergio Arouca. As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2006).

O movimento de Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura militar e como expressão utilizada para se referir ao conjunto de ideias relacionadas às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Para que essa reforma ocorra, são essenciais os princípios da universalidade

da atenção, ou seja, o direito à saúde é de todos os cidadãos, a integridade em suas diversas esferas e participação social. A reforma sanitária é um processo democrático e espaço de luta pela saúde como direito e política social.

1.1 O Movimento da Reforma Sanitária e a Constituição Federal do Brasil de 1988

A Constituição Federal de 1988 é um avanço na incorporação de demandas sociais da década de 1980, propondo um sistema de proteção social que reformulou e transformou toda a organização do setor saúde. Este sistema previsto na Constituição foi denominado de Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição Federal de 1988 “representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais no Brasil em face da grave crise às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social” (BRAVO, 1996, p. 109).

Acrescenta a autora em outra obra (2000, p. 8) “nos anos 80, a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentou uma profunda e prologada crise econômica que persiste até os dias atuais”. Essa superação foi do militarismo e dos governos militares, que pendurou por 21 anos. A ditadura militar foi um período marcado pelo autoritarismo e a violação dos direitos humanos, onde a liberdade de expressão era proibida (BRAVO, 2000).

A saúde, desde a década de 1980, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e na formulação de propostas apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. A saúde deixou de ser apenas uma questão técnica para assumir uma dimensão política e necessária para a democracia no país.

O desafio era ultrapassar o corporativismo ideológico na questão da saúde, o que, grosso modo, significa promover a melhoria da saúde como direito e o fortalecimento do poder público.

O Centro Brasileiro de Pesquisa de Saúde (CEBES) veiculou e difundiu o debate em torno da saúde, contribuindo para a democratização do debate e a elaboração de contraproposta, mobilizada pelo movimento sanitário.

Os partidos políticos de oposição também passaram a incluir o tema em seus programas e viabilizaram debates no congresso para discutir a política do setor. Os movimentos sociais urbanos realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil. Nesses eventos aconteceram debates importantes para a saúde pública que resultaram em uma grande mudança.

As principais propostas debatidas pelos sujeitos coletivos foram:

a) a universalização do acesso para todos e a concepção de saúde como direito social e dever do Estado;

b) a estruturação do setor, porque o setor necessita de uma nova estrutura, para que a saúde para todos aconteça por meio da estratégia do sistema unificado de saúde, visando um profundo reordenamento setorial da saúde individual e coletiva. O que resultou no processo de descentralização para as esferas federal, estaduais e municipais;

c) o financiamento efetivo e a democratização do poder local por meio de novos mecanismos de gestão, criando os conselhos de saúde.

Historicamente, em outubro de 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, o processo de retorno do país ao regime democrático foi concluído e nesse contexto deu-se a criação do sistema público de saúde, universal e descentralizado. Isto é,

No contexto de busca de implantação de um estado de bem-estar social, a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde. Transformava-se, então, profundamente a organização da saúde pública no Brasil. Velhos problemas, como a tradicional duplicidade que envolvia a separação do sistema entre saúde pública e previdenciária, passaram a ser estruturalmente enfrentados. Outros, como a possibilidade de financiamento de um sistema de corte universal, ainda representam dificuldades que parecem intransponíveis. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.16)

Segundo Chioro, Scaff (1999, p. 8), “É o que se dá em relação ao Movimento da Reforma Sanitária. Diversos atores, formulações teóricas, diferentes processos, lutas políticas, experiências práticas etc., foram forjando o nascimento deste movimento”.

O sistema SUS de saúde ele tem uma trajetória muito grande e partir de 1978, surge a proposta internacional de priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde, acordadas na Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata promovida pela OMS. (CHIORO, SCAFF, 1999, p.7).

Este movimento internacional é um dos maiores movimentos de luta com repercussões no movimento sanitarista brasileiro.

Ainda sob vigência da Ditadura Militar, começam a surgir em vários municípios experiências de implantação de redes de atenção básica à saúde, a partir da ação de profissionais da área de saúde coletiva que ocupam importantes espaços institucionais abertos por novos prefeitos municipais eleitos pelo MDB a partir de 1975/76. A partir de 1978, surge a proposta internacional de priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde, acordada na Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, promovida pela OMS. Em nosso país, essa proposta coincidia com a necessidade de expandir a atenção médica a partir de um modelo de baixo custo para as populações excluídas, especialmente as que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais. (CHIORO, SCAFF, 1999, p.8).

1.2 As Conferências de Saúde e participação popular

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) representam um momento importante para avaliar a situação da saúde no país e formular diretrizes para políticas públicas do setor, reunindo cidadãos em defesa da garantia de direitos e na atenção às necessidades da população.

A conferência de saúde se reunirá a cada quatro anos na forma prevista na Lei 8.142/90, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por ela ou pelo Conselho de Saúde.

A Conferência de Saúde é o fórum de debate, entre todos os segmentos da sociedade representada por meio de entidades, com a finalidade de avaliar a situação de saúde do Estado, definir diretrizes da política de saúde e priorizar propostas para melhorar a qualidade dos serviços de saúde do Estado, proporcionando à população melhor qualidade de vida. Avaliar experiências e

avanços organizacionais dos conselhos de saúde é condição imprescindível para o aprimoramento e ajustes comuns na consolidação dessa instância de participação e controle social, mediadora entre o Estado e Sociedade.

Todo processo de descentralização e municipalização da saúde está condicionado à existência legal da instância do controle social - o conselho de saúde, para que esse exercício seja plenamente exercido e regido pelo direito público.

A entrada em vigor do parágrafo único do artigo 90 da Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, marcou a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde, dando início a um debate periódico e sistemático sobre a saúde no país, apontando as diretrizes para a formulação de políticas para a área nas esferas de gestão municipal, estadual e nacional. Com a Constituição Federal de 1988, está estabelecida a participação comunitária no contexto da saúde, sendo regulamentada pela Lei nº 8.142/90 e definida a partir de conferências e conselhos de saúde, nas três esferas de governo, e também em colegiados de gestão nos serviços da área.

Até 2019, foram realizadas 16 Conferências Nacionais de Saúde conforme registra o site do Ministério da Saúde. Entidades ligadas à área da saúde, gestores e prestadores de serviços do setor, sociedade civil organizada e usuários ganham legitimidade para ocupar esses espaços. Um esforço no sentido de fazer valer a democracia popular e a gestão participativa no Sistema Único de Saúde (SUS).

As deliberações nas Conferências Nacionais de Saúde são resultantes dos debates ocorridos nos estados, por meio das Conferências Estaduais, que, por sua vez, resultam das propostas emanadas das Conferências Municipais. É essa representatividade local que garante a legitimidade do evento como instância colegiada dos vários segmentos representados. As Conferências proporcionaram transformações históricas para a gestão da saúde no Brasil, como é o caso da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, cujo relatório final serviu de base para a elaboração do capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988, resultando na criação do SUS.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou a Saúde como direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial.

As conferências orientam a política de saúde, ou melhor, a construção de uma saúde pública de qualidade no Brasil onde todos os cidadãos possam ter acesso sem distinção de raça ou etnia. O SUS é um sistema único de saúde descentralizado e conta com uma rede de proteção ao cidadão.

A concepção de saúde do SUS é tão ampla que existe em lugares que as pessoas nem imaginam, porque sua extensão vai muito além dos hospitais, laboratórios, postos de saúde, Unidades de Pronto Atendimento.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista do povo brasileiro que foi garantido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº.8.080/1990. (BRASIL, 1988. BRASIL, 1990).

O SUS é o único sistema de saúde pública do mundo que atende mais de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente do SUS para qualquer atendimento de saúde. O SUS é para todos que dele precisa e ainda faz parte de um conjunto integrado de seguridade social composto pela Saúde, Previdência e Assistência Social. (BRASIL, 2021).

O financiamento do Sistema Único de Saúde é realizado pela União, Estados, Municípios com recursos provenientes de impostos e outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da Seguridade Social.

A pergunta que se impõe, no contexto atual, é a quem compete a responsabilidade de garantir o respeito à saúde do cidadão, haja vista a expressa previsão constitucional da garantia da dignidade da pessoa humana, o direito à vida e à saúde.

1.3 Políticas públicas nos governos neoliberais após a Constituição Federal de 1988

O neoliberalismo se intensificou logo após a II Guerra Mundial, na região da Europa e da América do Norte, a partir da experiência comandada pelo governo militar do Chile, durante a ditadura. O neoliberalismo é uma veemente reação teórica e política contra o Estado intervencionista e de bem-estar social. O neoliberalismo é antagônico às políticas públicas, pois reduz o Estado ao atendimento das necessidades do mercado.

No Brasil, as políticas neoliberais foram norteadoras do governo de Jose Sarney (1985-1990) e ganharam força no primeiro governo civil no Brasil após a Ditadura Militar. Sarney, com o falecimento de Tancredo Neves, assumiu a presidência da República do Brasil e foi o governante do país durante o processo de reconstrução da democracia.

No contexto da nova república, Fernando Collor de Mello, que governou de 1990 a 1992, com o projeto “Brasil Novo”, afirmou e aprofundou um projeto neoliberal com propostas de privatização, corte nos gastos públicos, desmonte do Estado. Uma característica do seu governo neoliberal foi consubstanciada em uma detalhada reforma econômica e administrativa decretada por meio de Medidas Provisórias no segundo dia do governo, aprofundando a crise de credibilidade do Estado, das instituições, dos políticos que impediam a agregação de interesses de forma mais ampla.

O neoliberalismo no Governo de Fernando Collor de Melo representa a defesa do mercado, estímulo à privatização das empresas estatais, a livre circulação de capitais internacionais e o apoio à globalização, liberação e abertura da economia à entrada de multinacionais.

Segundo os autores Chioro, Scaff (1999) o ex presidente Collor, portador de um discurso aparentemente modernizante e articulado com as grandes massas, sem sustentação nos partidos políticos tradicionais, criou um novo plano econômico e político que delineou os rumos da política de saúde neste período, estando em jogo dois projetos antagônicos: o projeto hegemônico neoliberal, representado pela proposta conservadora de reciclagem do modelo médico-assistencial privatista; e o contra hegemônico, representado pela reforma sanitária e pela implementação efetiva do SUS.

Além disso, o presidente Collor efetuou um conjunto de vetos à proposta aprovada pelo Congresso Nacional, concentrados em dois eixos principais: nos artigos referentes à regulamentação da participação e controle social (Conselhos e Conferências) e na regulamentação do financiamento do Sistema Único de Saúde (transferência direta e automática de recursos a estados e municípios, eliminação de convênios e definição dos critérios de repasse). Apesar disto, a Lei 8.080/90 expressa parte das conquistas da

Constituição de 1988. O governo não conseguiu incluir dispositivos de regulação do setor privado, inclusive de atenção médica supletiva e do setor de alta tecnologia.

No período, houve uma intensa reação do movimento de saúde, coordenado pela Plenária Nacional de Saúde, forçando um acordo entre as lideranças partidárias no Congresso e o Governo, que resultou na Lei 8.142, de 28/12/90, que resgatou a proposta de regulamentação da participação social (garantido Conselhos e Conferências com caráter deliberativo) e a transferência intergovernamental de recursos financeiros na política de saúde (Fundo Nacional de Saúde, repasses automáticos e condições para que os municípios e estados recebam recursos federais: fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos e planos de cargos e salários).

Em resumo, as medidas econômicas do Governo Collor visavam:

a) alavancagem do processo de privatização das empresas nacionais; b) abertura econômica para capitais estrangeiros; c) retomada do processo inflacionário; d) minimização dos gastos públicos governamentais na área social, entre outras características, o que aponta seu perfeito alinhamento com as indicações feitas pelos organismos internacionais (COUTO, 2004, p. 146-147).

Se, por um lado, o candidato concorrente Luís Inácio Lula da Silva representava a agregação de interesses da sociedade, organizada em movimentos e sindicatos, por outro, Collor foi o símbolo de uma diversidade de interesses difusos, de aglutinação de bolsões de esperança, principalmente daqueles que o próprio Collor os chamou de “descamisados”.

O governo Collor terminou dois anos após sua posse, mais precisamente em 1992, por meio de um impeachment político, fato inédito na história republicana do Brasil. Este governo foi marcado por escândalos, corrupção e isolamento político.

Fernando Collor de Mello foi acusado de corrupção e com processo de impeachment pelo congresso nacional, foi afastado do governo, assumindo o vice-presidente Itamar Franco em seu lugar, em 2 de outubro de 1992, sendo

aclamado formalmente em 29 de dezembro de 1992 quando o presidente Collor renunciou ao cargo.

O governo de Itamar Franco durou de 1992 a janeiro de 1995. Em fevereiro de 1994, para conter as crises inflacionária, o governo Itamar restituiu a unidade Real de valor com a medida provisória 434, dando início ao programa de estabilização econômica que ficou conhecido como Plano Real.

Ao final do Governo, Fernando Henrique, ex-ministro da Economia de Itamar Franco, foi eleito para presidente, tendo tomado posse em janeiro de 1995 e, por dois mandatos, governou o Brasil até 2002.

No primeiro mandato de FHC, ele priorizou a consolidação da estabilidade de preço. Nesse período, o real foi mantido supervalorizado e houve aumento da taxa básica de juros, criação e aumento de impostos, corte de gastos, incentivo a investidores, aprovação de emenda constitucionais que facilitaram a entrada de empresas estrangeiras no país. Destaque a instituição da contribuição provisória sobre a movimentação ou transmissão de valores e de crédito direitos de natureza financeira, CPMF, em seu segundo mandato. Começou em meio a uma crise internacional que atingiu o país em janeiro de 1999, uma forte desvalorização do real após a mudança de regime de câmbio flutuante.

De uma coalizão de centro-direita liderada por PSDB e PFL, o presidente da República eleito nas eleições de 1994, o sociólogo Fernando Henrique Cardoso, buscou consolidar o legado deixado por Itamar Franco, expresso nas metas do Plano Real.

As metas do Plano Real eram: estabilidade de preços, incorporando alternativas de crescimento do mercado, bem como investimentos e avanços tecnológicos setorializados; modernização como redefinição da estrutura produtiva nacional, tendo como referência as novas tecnologias disponíveis no mercado internacional; integração econômica no cenário globalizado; e, finalmente, estabilizar a economia nacional.

No entanto, aponta Nogueira (1998), o fim da inflação não foi acompanhado pelo desenvolvimento da economia nacional, ou seja, não houve avanços significativos no que diz respeito à modernização da infraestrutura

econômica. O quadro econômico e a grande margem de apoio político e social do governo FHC não trouxeram resultados significativos nos indicadores sociais. “Tudo parece travado pela forte concentração de energias na estabilidade monetária e numa fileira de reformas e ajustes extraídos do receituário das agências financeiras internacionais, portanto revestidos de uma pretensa validade universal” (Ibidem, p. 173).

O governo de FHC “priorizou o controle da inflação e a manutenção da estabilidade da moeda e encaminhou, como plataforma política, a necessidade de reformar o Estado, prioridades vinculadas ao paradigma teórico neoliberal” (COUTO, 2004, p. 148).

O governo de Fernando Henrique Cardoso era favorável ao projeto político-econômico capitaneado pelo grande capital financeiro internacional. Em seu governo colocou em pauta os preceitos neoliberais.

Trata-se de uma ideologia que opera quase por ameaças: não teríamos mais história, já que hoje tudo estaria ao sabor do mercado e o mercado, ao se revelar capaz de autocorrigir espontaneamente, tornaria supérflua a intervenção da vontade humana, de sujeitos coletivos ou mesmo de individualidades humanas (NOGUEIRA, 1998, p. 176).

O projeto “reformista” do governo de FHC ganhou corpo institucional a partir da elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Segundo Bering e Boschetti (2011) os anos 1990 foram de contrarreformas do Estado que obstaculizaram e /ou redirecionaram conquistas, atacaram os movimentos de trabalhadores, aumentaram o desemprego e a violência.

Os governos neoliberais contam com uma mídia aliada para influenciar a população e manipular os votos. Antônio Gramsci em seu livro Cadernos do Cárcere relata sobre a estrutura e as superestruturas do país e as influências das mídias para a sociedade. “ A estrutura e as superestruturas formam um ‘bloco histórico’, isto é, o conjunto complexo e contraditório das superestruturas é o reflexo do conjunto das relações sociais de produção” (GRAMSCI, 2004:250).

Gramsci nos ajuda a pensar como o Estado funciona em relação à estrutura e superestrutura, a mídia em meios sociais e a influência na política.

Uma relação que vai se ampliar no Brasil com a redes sociais e a internet, criando o fenômeno das fake news, as falsas notícias.

O governo neoliberal é caracterizado pela transferência de serviços públicos para o setor privado; redução dos encargos e direitos sociais como um todo; abertura da economia para a entrada de empresas multinacionais; defesa dos princípios econômicos do capitalismo e ênfase na globalização; desvalorização do serviço público; redução dos usuários no acesso às políticas sociais públicas, seja elas de educação, saúde, assistência, previdência ou qualquer outra.

O presidente Luiz Inácio Lula da Silva assumiu o cargo em janeiro de 2003, governando o país por dois mandatos, até 2010.

A partir de 2003, mesmo sob tendência neoliberal, o Governo popular e democrático ampliou as ações do Estado para atender, ainda que parcialmente, as demandas da classe trabalhadora.

O presidente Lula, em seu primeiro ano de mandato, instituiu ações de combate à insegurança alimentar por meio da criação do Programa Fome Zero. Mas o programa que se tornou a principal marca do governo foi o Bolsa Família, que é um programa de transferência de renda mensal, focado na composição familiar e articulado com vários outros programas como Luz Para Todos, ProUni, Minha Casa Minha Vida, Benefício de Prestação Continuada e muito mais.

A presidente Dilma Rousseff, eleita para dois mandatos, governou o país até 2015, quando o processo de impeachment foi consumado. Candidata à presidência, foi eleita em 2010 tendo como principal aliado o ex-presidente Lula. Em 2014 Dilma Rousseff foi reeleita, compondo a vice-presidência Michel Temer, que se tornará seu grande adversário.

Dilma Rousseff governou em uma conjuntura difícil, com diversas denúncias relacionadas à Petrobras devido à Operação Lava Jato, envolvendo políticos e empreiteiras. Seu governo enfrentou críticas relacionadas à condução da política econômica, crescimento médio do PIB que atingiu os menores níveis desde o governo Fernando Collor, com a inflação acumulada ficando acima do limite estipulado pelo governo.

O processo de impeachment de Dilma Rousseff teve início em 2 de dezembro de 2015, quando o ex-presidente da Câmara dos Deputados Eduardo Cunha acatou o pedido dos juristas Hélio Bicudo, Miguel Reale Júnior e Janaína Paschoal. Com uma duração de 273 dias, o processo terminou em 31 de agosto de 2016, resultando na cassação do mandato, mas sem a perda dos direitos políticos de Dilma.

Na justificativa do pedido de impeachment, os juristas alegaram que a então presidente havia cometido crime de responsabilidade pela prática das chamadas "pedaladas fiscais" e por expedir decretos de abertura de crédito sem a autorização do Congresso. A acusação argumentou que os decretos autorizaram suplementação do orçamento em mais de R\$ 95 bilhões e contribuíram para o descumprimento da meta fiscal de 2015. Alegaram que o governo sabia da irregularidade porque já havia pedido revisão da meta quando editou os decretos e que o Legislativo não havia sido consultado, como deveria ter sido feito antes da aprovação da nova meta.

Em relação às pedaladas, a acusação foi de que não eram apenas atrasos operacionais porque o débito do Tesouro com os bancos públicos se acumulava há muito tempo e atingia valores altíssimos. Segundo os juristas, o acúmulo dos débitos servia para fabricar superávit fiscal que não existia e para criar uma situação positiva nas contas públicas que não era verdadeira. O objetivo das "pedaladas", como afirmaram, teria sido, portanto, esconder a real situação fiscal do país.

Os casos de impeachment de Dilma e Collor podem ser caracterizados por momento de crise econômica e baixa popularidade dos presidentes. Dilma, no início, tinha uma ampla base aliada do Congresso, que foi diminuindo ao longo do julgamento. Collor, por outro lado, governou com baixo apoio parlamentar. Dilma teve forte apoio de movimentos sociais e de organizações sindicais, como a Central Única dos Trabalhadores (CUT), que organizou manifestações contra o impeachment. Durante o governo Collor, movimentos e entidades da sociedade eram favoráveis à queda do presidente.

Os setores neoliberais e conservadores apoiaram o golpe de Estado contra o partido que contraditoriamente ainda apoia os trabalhadores e

promove políticas sociais públicas. O golpe de 2016 representa a força do neoliberalismo no Brasil com a unificação da burguesia ou, pelo menos, na inação conivente do grande empresariado em torno da bandeira de *impeachment* de Dilma, inclusive com o apoio do partido do seu vice-presidente Michel Temer, o MDB. Temer, formou um governo que atende à burguesia e ao capital Internacional, afastando e dificultando o acesso da classe trabalhadora aos seus direitos sociais.

Em 2018, assumiu o cargo o candidato eleito à presidência Jair Bolsonaro. Foi muito difícil ter Bolsonaro como presidente, conduziu um governo sem nexos, o dono da razão fez do Brasil um faroeste, uma terra sem lei, usou a mídia e as redes sociais para disseminar discurso de ódio, fez apologia de armas, falou mal das políticas públicas implantadas, mas não conseguiu substituí-las, brigou com países estrangeiros, sem medir as consequências.

Desqualificou a política pública de saúde e quis até privatizá-la, não orientou a população brasileiro a se vacinar e até fez críticas absurda sobre às vacinas. O Programa Nacional de Vacinação fez do Brasil uma referência internacional na área de saúde há algum tempo.

Esse presidente ultra neoliberal combateu os direitos adquiridos na Constituição Federal 1988, combateu a previdência social, fez a reforma Trabalhista, como sempre impondo as regras do neoliberalismo. Bolsonaro foi derrotado nas urnas em 2022, e agora assistimos os primeiros meses do novo governo de Lula da Silva, com uma esperança diferente de seus outros governos, pois sabemos que os desafios econômicos, políticos e sociais são ainda maiores hoje.

Na política de saúde, os governos Temer e Bolsonaro aprofundaram novos contornos da contrarreforma que vem sendo implementada no Brasil em ritmo acelerado. Os trabalhadores da saúde, nos governos Temer e Bolsonaro, desenvolveram lutas e resistências contra a privatização. Na saúde primeiro precariza, depois, privatiza e dificulta o acesso da população a um serviço público de qualidade.

Segundo Bravo e Pelaez (2020) o SUS é resultado de disputas entre projetos antagônicos existentes na sociedade brasileira desde antes da redemocratização e da Constituição de 1988. Disputas que podem tender a política de saúde para sua consolidação e fortalecimento ou na direção oposta. É importante compreender como as propostas e disputas que se apresentam em diferentes governos neoliberais têm fortalecido o projeto privatista e, principalmente, o que caracteriza os autores como o projeto do SUS é submetido ao mercado. O SUS não é um produto do mercado privado, mas uma política pública conquistada por meio da democracia e de muitas lutas e resistências.

Os autores analisam que, no que diz respeito aos projetos de saúde em disputa, está o projeto da reforma sanitária, construído a partir de meados da década de 1970, pelas lutas populares e sindicais pelo direito à saúde e de posições críticas às limitações do modelo médico assistencial previdenciário, até então vigente no Brasil. A defesa é de que a saúde tem um caráter universal, configurando-se como direito social de responsabilidade do Estado.

O projeto privatista tem sua lógica orientada pelas regras de mercado e pela exploração da doença como fonte de lucros para hospitais, laboratórios e fábrica de medicamentos.

O terceiro projeto é a reforma sanitária flexibilizada, como se fosse o modelo clientela, que ganha contornos próprios em meio às contradições inerentes à implementação do SUS, no contexto da reconfiguração do Estado brasileiro e do progressivo desmonte e subfinanciamento das políticas públicas, atendendo às exigências da política macroeconômica neoliberal dominante no país. A proposição do SUS possível é pautada por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de um rebaixamento da proposta inicial da reforma sanitária. Este projeto se consolida nos governos petistas (BRAVO, 2013).

Bravo (2013) analisa que as disputas entre esses projetos fazem parte do processo de desenvolvimento do próprio sistema capitalista em sua fase neoliberal, com diminuição de direitos para a classe trabalhadora e participação

cada vez maior do mercado, em todos os aspectos da vida social. Nessa perspectiva, é preciso refletir sobre o trabalho do assistente social na área de saúde e seus desafios na defesa dos direitos sociais universais.

II. SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A EXPERIÊNCIA NO HUGOL

O capítulo apresenta os estudos sobre o trabalho do assistente social na área de saúde e a experiência no HUGOL, refletindo sobre as condições de trabalho do Assistente Social, demanda, jornada de trabalho e atribuições.

2.1. Serviço Social e Saúde Pública

A conjuntura dos anos 1930 a 1945 é caracterizada pelo surgimento da profissão no Brasil e com influência europeia. No início da profissão área da saúde não foi a que concentrou a maior quantidade de profissionais, mesmo com algumas Escolas terem surgido motivadas por demandas da área de saúde. A formação profissional também se pautou, desde seu início, em algumas disciplinas relacionadas à saúde (BRAVO, MATOS, 2004).

O primeiro curso de Serviço Social foi criado em 1936 e a primeira regulamentação da profissão é de 1957. Atualmente, a profissão é regida pela Lei Federal 8.662 de 1993, que estabelece suas competências e atribuições.

O Conselho Federal de Serviço Social ressalta e demonstra que o trabalho do assistente social não é limitado a assistência, com grandes extensões na área das políticas sociais.

Defende ainda que a formação é fundamentada em princípios teóricos, éticos e políticos que possibilitam o conhecimento crítico da realidade, que muda a cada dia, em uma perspectiva de viabilização do acesso a direitos sociais e políticas públicas. A formação do Assistente Social compreende o domínio dos instrumentais técnicos e habilidades na viabilização dos direitos dos usuários que são sujeitos de direito.

O/a Assistente Social, conforme a regulamentação da profissão, Lei Federal 8.662/1993, atua em diversos espaços ocupacionais nos processos de elaboração, formulação, execução e avaliação de políticas sociais, principalmente em órgãos públicos federais e municipais. Presta orientação a

indivíduo, grupos e famílias e realiza estudos sociais com vistas ao acesso de bens e serviços públicos. Planeja, organiza e administra benefícios sociais, assessora órgãos, empresas e movimentos sociais. Atua na docência e realiza pesquisas e investigações científicas. O trabalho profissional compreende também assessorar em processos administrativos e judiciais com realização de avaliações, análise de documentos, estudos técnicos, coletas de dados e pesquisa; elabora pareceres sociais, laudos, projetos e relatórios. Sua intervenção inclui ainda a gestão e direção em organismos públicos ou privados.

Segundo Yamamoto (2014) as atuais diretrizes curriculares - propostas inicialmente pela ABESS em 1996 e revistas em 1999 têm no currículo mínimo aprovado pelo MEC em 1982, seu antecedente mais importante. As diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Serviço Social encontram-se estruturada a partir de núcleos temáticos, que articulam um conjunto de conhecimentos e habilidades necessárias à qualificação profissional dos assistentes sociais na atualidade.

São três os núcleos temáticos: o núcleo dos fundamentos teórico-metodológicos da vida social, o núcleo de fundamentos da particularidade da formação sócio-histórica da sociedade brasileira e o núcleo de fundamentos do trabalho profissional. A cada um desses núcleos agrega um conjunto de fundamentos que se desdobram em matérias e estas, por sua vez, em disciplinas nos currículos plenos dos cursos de Serviço Social das unidades de ensino.

Os três núcleos visam entender em profundidade a vida social, a realidade e formação sócio-histórica do Brasil e o trabalho do Assistente Social, sendo:

- a) O primeiro núcleo- fundamentos teórico-metodológico da vida social, indica ser necessário e assistente social o domínio de um conjunto de fundamentos teórico-metodológicos e ético políticos para conhecer e decifrar o ser social, vida em sociedade. Compreender elementos para análise da emergência e desenvolvimento da sociedade da sociedade moderna, a sociedade burguesa, o papel do trabalho no desenvolvimento da sociabilidade e da consciência humanas, a compreensão teórica-sistemática do Estado e da política, das classes grupos sociais, das formas de consciência e representação da vida social, ideologia etc. Enfim, um acervo de fundamentos temáticos que possa fornecer base para a compreensão

da dinâmica da vida social na sociedade burguesa.

b) O segundo núcleo-fundamentos da formação sócio-histórica da sociedade brasileira, remete à compressão da sociedade brasileira resguardando as características históricas particulares que presidem a sua formação e desenvolvimento urbano e rural, em suas diversidades regionais e locais. Abrange as relações Estado/sociedade os projetos políticos em debate, as políticas sociais, as classes sociais e suas representações culturais, os movimentos organizados das sociedades civil, entre outros aspectos. Tais elementos devem permitir a apreensão da produção e reprodução da questão social e as várias faces que assume nessa sociedade.

c) O terceiro núcleo-fundamentos do trabalho profissional, compreende todos os elementos constitutivos do Serviço Social como especialização do trabalho: sua trajetória histórica, teórica, metodológica é técnica, os componentes éticos que envolvem o exercício profissional, a pesquisa, o planejamento e a administração em Serviço Social e dos processos de trabalho em supervisionado. Tais elementos encontra-se “amarrados” pela análise dos fundamentos do Serviço Social e dos processos de trabalhos em que se insere, desdobrando-se em conteúdos necessários para capacitar os profissionais no exercício de suas funções, resguardando as suas competências específicas, normatizado pela lei. (IAMAMTO, 2015, p. 71)

A Autora mostra que sem esse embasamento teórico é impossível pensar no trabalho do Assistente Social em qualquer espaço sócio-ocupacional. Os conhecimentos adquiridos na formação acadêmica são recursos essenciais que o Assistente Social aciona para exercer o seu trabalho, os quais contribuem para iluminar a leitura da realidade e imprimir rumos à ação.

Não resta dúvida de que o trabalho do assistente social tem um efeito nas condições materiais e sociais daqueles cuja sobrevivência depende do trabalho. Em outros termos, tem um efeito no processo de reprodução da força de trabalho, que é a única mercadoria que ao ser colocado em ação, ao realizar trabalho, é fonte de valor, ou seja, cria mais valor que ela custou. É ela que está no centro do segredo da criação da riqueza social na sociedade capitalista (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005, p.67).

Assim, conforme Vasconcelos (2009) o Serviço Social é socialmente necessário porque ele atua sobre questões que dizem respeito a sobrevivência social e material da população trabalhadora. Viabiliza o acesso não só a recursos materiais, mas as ações implementadas que incidem sobre as condições de sobrevivência social dessa população.

O assistente social é o profissional que trabalha com políticas sociais, de corte público ou privado e não resta dúvida ser essa uma

determinação fundamental na constituição da profissão, impensável mais além da interferência do Estado nesse campo (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005, p. 67).

No processo de globalização do capitalismo e de neoliberalismo, busca-se acumular mais lucros, deixando a sociedade à mercê do mercado e agravando e aumentando a pobreza.

Segundo Silva (2009), a produção e reprodução das relações sociais capitalistas é que marcam historicamente a pobreza, moldando o indivíduo dentro dessa lógica. A referida autora prossegue com a afirmação:

A pobreza [...] não está isenta de um sentido de um significado historicamente constituído, todos os modos de falar têm sua ideologia e sua crença política. A pobreza é uma condição de vida gestada pela lógica excludente da sociedade capitalista que a partir das inúmeras desigualdades, sobretudo ao de acesso à produção e distribuição das riquezas e oportunidades de acesso aos bens e serviços gera, assim a privação e a confirmação do pobre em determinado lugar político, social e cultural (SILVA, 2009, p. 17).

Iamamoto e Carvalho (2005) assinalam que o processo de trabalho do Serviço Social inserido na conjuntura requer desse profissional a capacidade de apreender criticamente e decifrar a realidade, o que o torna capaz de vivenciar as diversas expressões da questão social, elaborando propostas de trabalho criativas, preservando e efetivando os direitos dos indivíduos, demonstrando sua capacidade de negociar e de propor para as instituições, soluções, apesar de todos os limites que lhe são impostos.

Toda essa realidade exige do assistente social dotar-se de amplos conhecimentos, informando-se das questões referentes ao mundo globalizado, sendo criativo, versátil, ter liderança e capacidade para dialogar, rompendo com as atividades burocráticas e rotineiras.

Segundo Vasconcelos (2009), para que possa determinar e priorizar suas demandas, o profissional de Serviço Social precisa organizar as suas ações, não se esquecendo do planejamento onde irá interferir nas determinantes sociais.

Essa conjuntura torna-se um dos maiores desafios para o Assistente Social na atualidade, por ter que desenvolver a capacidade de decifrar a realidade, e a partir daí, construir propostas de trabalho que sejam capazes de

preservar e efetivar os direitos, tornando-se um profissional não executivo, mas sim, profissional que venha dar respostas às demandas que surgem no cotidiano do seu trabalho.

O assistente social se encontra em contato direto e cotidiano com as questões da saúde pública, da criança e do adolescente, da terceira idade, da violência, da habitação, da educação etc., acompanhando as diferentes maneiras como essas questões são experimentadas pelo sujeito.

O assistente social convive cotidianamente com as mais amplas expressões da questão social, matéria prima de seu trabalho. Confronta-se com as manifestações mais dramáticas dos processos da questão social no nível dos indivíduos sociais, seja em sua vida individual ou coletiva (ABESS/CEDEPSS, 2006, p. 154-155).

A questão social tem suas raízes na contradição capital x trabalho. Assim, para o Serviço Social,

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005, p.77).

Para Barbosa e Guimarães (2015), questão social pode ser entendida como a contradição fundamental do modo capitalista de produção. A contradição é explicada a partir do processo de produção e apropriação da riqueza gerada socialmente, ou seja, os trabalhadores produzem a riqueza, os capitalistas se apropriam dela,

como toda categoria arrancada do real, nós não vemos a questão social, vemos suas expressões: o desemprego, o analfabetismo, a fome, a favela, a falta de leitos em hospitais, a violência, a inadimplência, etc. Assim é que, a questão social só se nos apresenta nas suas objetivações, em concretos que sintetizam as determinações prioritárias do capital sobre o trabalho, onde o objetivo é acumular capital e não garantir condições de vida para toda a população (MACHADO, 2009, p. 03).

Segundo Netto (1999) o Serviço Social brasileiro, nas últimas décadas, redimensionou-se e renovou-se no âmbito da sua interpretação teórico-metodológica no campo dos valores, da ética e da política. Realizou um forte embate com o tradicionalismo profissional e seu lastro conservador e buscou adequar criticamente a profissão às exigências do seu tempo, qualificando-a academicamente. O Serviço Social fez um radical giro na sua dimensão ética e no debate nesse plano: constituiu democraticamente a sua base normativa, expressa na Lei da Regulamentação da Profissão, que estabelece as competências e as atribuições profissionais, e no Código de Ética do Assistente Social, de 1993.

Em resposta às demandas sociais da realidade, e em consonância com as finalidades, objetivos, valores e princípio ético-políticos estabelecidos em seu Código de Ética Profissional, o/a assistente social brasileiro/a assume compromisso com os interesses e necessidades da classe trabalhadora, com a superação das desigualdades sociais e de uma sociabilidade que mercantiliza a vida. (CFESS 2010).

Nas últimas décadas, o Serviço Social brasileiro construiu, de forma coletiva, um projeto-político que orienta o exercício e a formação profissional, defendidos pelas entidades representativas da categoria: Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO). Este projeto articula uma perspectiva de profissão sintonizada com um projeto societário que assegure a emancipação humana.

O projeto ético-político no Serviço Social tem como núcleo a liberdade como valor ético central, compromisso com a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, a defesa intransigente dos direitos humanos, bem como, a defesa radical da democracia e da cidadania. Neste sentido, pensar a importância deste projeto ético-político para a profissão e como este se materializa nas diversas ações cotidianas, se mostra como fonte inesgotável de debate e análise.

Refletir sobre os desafios apresentados à profissão atualmente, em meio a tempo sombrios de degradação de serviços públicos e direitos, requer refletir também formas de enfrentamento, resistência e luta. Diante disto, Netto (1999) apresenta que, para que um projeto profissional se sustente, é necessário um corpo profissional fortemente organizado e esta organização requer um direcionamento sustentado nas legislações vigentes específicas da área, bem como, em seu projeto ético-político.

Tal projeto foi construído e se dá coletivamente, mas ao mesmo tempo, possibilita também que os sujeitos sociais, individualmente, o sustentem, reafirmando seu posicionamento contrário à classe dominante, aliando-se aos movimentos populares, aos usuários dos serviços e às categorias profissionais que defendem os mesmos princípios e ideais.

É certo que diante dos ataques constantes contra a classe trabalhadora, tendo seus meios de mobilização despolitizados e enfraquecidos, nosso projeto também se vê ameaçado, pois o contexto econômico, cultural, político e social se apresenta desfavorável à sustentação de direitos.

Nesta direção, intensificar estudos, apoiar os movimentos sociais, participar e promover debates e reflexões, buscando construir uma formação e atuação profissional consistentes, apresentam-se como canais que possibilitam ultrapassar desafios presentes no cotidiano profissional, expressos nas mais variadas manifestações da questão social, entendida aqui como “[...] espaço em que a desigualdade se expressa com evidência flagrante e do qual se irradiam as problemáticas centrais de que se ocupa o Serviço Social, apresenta-se exponencial na entrada do século XXI” (NETTO, 2007, p. 136). É no marco desse Serviço Social, contraposto à apropriação da riqueza socialmente produzida, que devem ocupar-se os/as Assistentes Sociais, sustentando teoricamente sua intervenção profissional.

Matos (2017) desenvolver sua reflexão sobre o que particulariza o Serviço Social no contexto da saúde a partir da análise do projeto Ético Político do Serviço Social brasileiro que propicia o desenvolvimento de uma cultura profissional crítica e democrática, resultado de acúmulo teórico que abrange as diferentes áreas de atuação profissional e contribui para o enfrentamento de

suas condições de trabalho. Esse projeto está baseado na coletividade e na sua história de enfrentamento do conservadorismo.

No entanto, o objeto deste debate – e, sobretudo, a própria construção deste projeto no marco do Serviço Social no Brasil – tem uma história que não é tão recente, iniciada na transição da década de 1970 à de 1980. Este período marca um momento importante no desenvolvimento do Serviço Social no Brasil, vincado especialmente pelo enfrentamento e pela denúncia do conservadorismo profissional. É neste processo de recusa e crítica do conservadorismo que se encontram as raízes de um projeto profissional novo, precisamente as bases do que se está denominando projeto ético-político (ABESS, 1993, p.1)

Para uma reflexão sobre o que particulariza o Serviço Social no contexto do trabalho coletivo em saúde, afirma Matos (2017), faz-se necessário refletir sobre o que caracteriza uma intervenção profissional tanto nos seus determinantes históricos, como na figuração do trabalho na atualidade, considerando as expressões da questão social e econômica, resultado de novas mudanças no mundo contemporâneo.

Na análise de Matos (2017) o primeiro aspecto a ser desenvolvido refere-se ao fato de que o Serviço Social, junto com outras categorias, é compreendido como uma profissão da área da saúde, conforme Resolução n.218/1997, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre o tema. Sem dúvida isso foi uma conquista importante para a profissão. Mas, como justificar a existência de uma profissão que é de saúde, mas não somente dessa área? Invariavelmente surgem indagações, nessa direção, de colegas de outras categorias profissionais na saúde. Ou ainda: não seria o Assistente Social um profissional da assistência social? Essa indagação, também externa à profissão, possui ressonância entre alguns profissionais de Serviço Social

O segundo argumento pauta-se na experiência do projeto “Formação profissional do Serviço Social e sua interface com a saúde” desenvolvido pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), no contexto do Fórum Nacional de Educação das Profissões na área da Saúde (FNEPAS). Não só essas associações, mas também outras entidades da área da saúde foram estimuladas pelo Ministério da Saúde a apresentarem projetos que buscassem causar impactos na formação profissional.

O terceiro argumento é para reconhecer a importância da demanda dos Assistentes Sociais que trabalham no serviço de saúde. Estes, sistematicamente, têm solicitado aos órgãos de fiscalização profissional que são eles Conselho Federal, Conselho Regionais do Serviço Social, que garanta a autonomia do seu exercício profissional na área. Esse conjunto CFESS-CRESS, elaborou o “Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” em 2010, sendo que Código de Ética também norteia o trabalho do Assistente Social.

Cabe realçar que o Serviço Social é uma profissão que se particulariza na divisão social e técnica do trabalho pela sua intervenção nas expressões da questão social, ou seja, das desigualdades do modo de acumulação capitalista onde, as rendas são desiguais, com pessoas que vivem em situação de pauperização, não conhecem os seus direitos instituídos por leis e não conhecem a política pública e social.

É por isso que o trabalho do Assistente Social tem as suas particularidades, requerendo do profissional conhecer em profundidade o perfil do usuário, em sua objetividade e subjetividade.

A inserção do Serviço Social no serviço de saúde se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir de um modelo médico clínico. O assistente social foi identificado em conjunto com outras profissões no contexto da cooperação vertical como aquele profissional que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico, em uma relação pautada numa perspectiva de complementaridade, onde o único gestor era um médico.

Na área da saúde o Serviço Social surgiu nos hospitais com a demanda de construir um elo da instituição com a família do usuário, visando garantir o seu tratamento após alta, bem como, para realizar um trabalho com família para que não sofresse materialmente com a ausência do chefe (PINHEIRO, 1985 apud, MATOS, 2017. p.59) A intervenção do assistente social era baseada no atendimento com recursos a metodologia do serviço social de caso (BRAVO, 1996 apud MATOS 2017 p.60) que devido a sua referência ao funcionalismo compreendia que os problemas vividos pelos “clientes” eram

fruto do seu próprio comportamento o que, portanto, mudando seus comportamentos altera-se a sua situação.

A década de 1950 é marcada no Brasil e na América Latina como o tempo do desenvolvimentismo. Este se constitui em uma estratégia propugnada pela Organização das Nações Unidas a (ONU) com vista frear possível movimentos de libertação nacional dos países subdesenvolvidos frente ameaça do comunismo, representado pela guerra fria polarizada entre o Estados Unidos da América e União da República Socialista Soviética no Brasil. A ilustração do desenvolvimentismo foi o governo de Juscelino Kubitschek e sua promessa de crescer o país. É representativo também dessa época abertura dos países para a indústria internacional.

A ONU propôs também para o país um programa de internacionalização de suas ideologias e um processo educativo no meio rural. Contraditoriamente foi essa iniciativa da ONU um espaço para a experiência educativa na perspectiva libertadora de Paulo Freire. Os assistentes sociais também irão participar dessa perspectiva progressista, mas somente no início de 1960, pois no ano de 1950, em geral estarão os assistentes sociais trabalhando sobre perspectiva política desenvolvimentista por meio de adoção do planejamento tecnológico, entendendo o trabalho com comunidade como mais um processo específico.

Foi nos anos de 1960 que emerge no Brasil e na América Latina de um movimento interno à profissão este foi conhecido como um movimento latino-americano de reconceituação do Serviço Social, que se desenvolveu de maneira diversificada em cada país, devido a um conjunto de fatores do quais se destaca a conjuntura política notadamente derivada dos golpes militares, vivenciados nos anos de 1960 a 1970.

Foi somente a partir dos anos de 1970 que o Serviço Social brasileiro passa a encarar polêmicas de relevo no seio profissão. Aqui, se fazem importante remetemos um processo de renovação de Serviço Social brasileiro e, especialmente a importância da tendência em “intensão de ruptura” Este processo foi extremamente rico, mas se deu de forma paralela ao movimento de da reforma sanitária brasileira em que reunia profissionais da saúde

militantes com vista a alterar o modelo médico assistencial privatista (MATOS, 2017).

Segundo o autor a partir dos anos de 1990 é possível afirmar que há uma incorporação pelo Assistente Sociais do princípio da reforma sanitária, que se constituem em sua maioria em princípios do SUS.

O Serviço Social na saúde na atualidade vem com mudanças para entender a realidade na contemporaneidade. Foram várias mudanças, não só saúde, mas na educação, e também moradia e outros.

Vasconcelos (2002 apud MATOS, 2017, p.) identificou que os assistentes sociais verbalizam um compromisso com direito da população usuária, o fortalecimento do SUS e do Projeto ético político profissional.

Esse projeto tem um compromisso em propor uma nova ordem social sem exploração de classe gênero orientação, sexual, e etnia, portanto, é um projeto construído por assistentes sociais. Esse projeto é feito, e pensado na coletividade, para um mundo melhor, e todos os dias é um desafio para o Assistente Social.

Sobre o exercício profissional do assistente social na saúde diferentes autores mostram um descompasso do trabalho realizado com enorme avanço que significam o projeto ético-político- profissional e o projeto da reforma sanitária.

Trata-se de dificuldades para efetivar a política universal como o SUS preconiza, por parte dos governos de diferentes esferas, bem como, dificuldades do trabalho coletivo em saúde, que se configura por meio de várias ações profissionais fragmentadas e sobrepostas, com pouco ou nenhuma interdisciplinaridade, tendo como objeto de suas ações a doença e não a saúde propriamente dita. Está problemática não atinge só o trabalho dos assistentes sociais, mas sim, o coletivo do trabalho de saúde. Para Matos (2017) é outro fator que se refere a nebulosa concepção da própria categoria dos assistentes sociais e também dos outros trabalhadores da Saúde sobre qual a particularidade do seu exercício profissional no âmbito do SUS.

Assim, pode-se dizer que a saúde, como qualquer outro campo de trabalho profissional, apresenta particularidades que precisam ser desveladas

pelos profissionais que atuam na área, para compreenderem os determinantes da política de saúde e seus rebatimentos no trabalho desenvolvido na instituição e na vida dos usuários.

Costa (2000 apud MATOS, 2017) considera que o Serviço Social se legítima na saúde a partir das contradições fundamentais da política social, geradas pela não implantação efetiva do SUS.

2.2 Serviço Social no Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL)

O processo de trabalho do Serviço Social, nos dias atuais, sofre influência das transformações do capitalismo em nível mundial, em função das mudanças no seu processo de produção e redefinições nos padrões de acumulação. Nesse processo de globalização do capitalismo, de modelo neoliberal, o que se busca acumular é mais lucros, deixando a sociedade à mercê do mercado, das políticas sociais, agravando e aumentando a pobreza.

Iamamoto e Carvalho (2005) assinalam que o processo de trabalho do Serviço Social inserido nessa conjuntura requer desse profissional a capacidade de apreender criticamente e decifrar a realidade, o que o torna capaz de vivenciar as diversas expressões das questões sociais elaborando propostas de trabalho criativas, preservando e efetivando os direitos dos indivíduos, demonstrando sua capacidade de negociar e de propor para as instituições, soluções, apesar de todos os limites que lhe são impostos.

Os conhecimentos adquiridos na formação acadêmica são essenciais para o Assistente Social exercer o seu trabalho, os quais fundamentam e iluminam a leitura da realidade e possibilitam imprimir rumos à ação profissional.

Segundo Vasconcelos (2007), para a realização do trabalho do Assistente Social, exige-se certos parâmetros a serem seguidos a partir das referências teóricas metodológicas e ético-políticas, pautadas na teoria social de Marx, que para se captar a especificidade da realidade social.

O Assistente Social, inserido numa equipe de saúde, é o profissional que identifica as necessidades dos usuários e as condições sociais em que este está inserido.

No Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL), hospital com serviços de alta complexidade em urgência e emergência, essa realidade se expressa e materializa cotidianamente para os profissionais.

De acordo com as informações disponibilizado no sítio do HUGOL, trata-se de uma unidade de saúde de alta e média complexidade em urgência e emergência, com foco em traumatologia, queimaduras e medicina intensiva. O hospital é habilitado como Centro de Referência em Assistência a Queimados de alta complexidade pelo Ministério da Saúde e é referência no atendimento pediátrico a vítimas de traumas.

O HUGOL foi inaugurado em 2015, a unidade possui uma estrutura física de 71.165 metros quadrados, distribuídos em 14 salas cirúrgicas, 21 salas de ambulatório e 5 pavimentos para internação, contando com 512 leitos ativos, dos quais 466 são de internação, sendo 96 de UTI.

O HUGOL é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, com atendimentos de demanda espontânea e regulados pelo Complexo Regulador Estadual, sendo referência para todo o Estado de Goiás, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência e Emergência, Clínica Médica e Cirúrgica, Pediatria, Medicina Intensiva, Serviço de Atenção Domiciliar e Atendimento Ambulatorial.

A unidade ainda promove ações junto à sociedade, com projetos como HUGOL na Comunidade e HUGOL nas Escolas.

A Associação de gestão, inovação e resultados em saúde – AGIR, firmou contrato, como organização social, com o estado de Goiás para a gestão do HUGOL no dia 15 de julho de 2014, e a unidade foi inaugurada no dia 06 de julho de 2015.

Para execução de uma assistência de saúde multidisciplinar, o Hospital conta com mais de 2 mil trabalhadores para atendimento integral, conforme previsto no SUS. Desse total o Serviço Social registra uma equipe de 32

profissionais.

O trabalho dos assistentes sociais no HUGOL, organizado no Departamento de Serviço Social, é norteado pelos seguintes objetivos: viabilizar acesso as informações e orientar os usuários sobre os seus direitos durante a permanência na unidade hospitalar e no processo de recuperação da sua saúde.

Conforme previsto na regulamentação da profissão, o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social na saúde é composto de diversas estratégias, ações, atividades e instrumentais decorrentes e inerentes as atribuições e competências profissionais.

De acordo com a literatura de Serviço Social, os estudos realizados durante o estágio supervisionado e os subsídios produzidos pela equipe do Serviço Social no HUGOL, o trabalho desenvolvido na área de saúde tem como parâmetros:

- 1- conhecimento das condições reais de vida dos usuários que se apresentam como desemprego e subemprego; ausência de local de moradia; violência urbana, doméstica e acidentes de trabalho; abandono do usuário;
- 2- ações pautadas nas condições sócio-históricas e avaliação socioeconômica;
- 3- orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos aos direitos sociais;
- 4- elaboração de instrumentais do trabalho profissional e rotinas de ação;
- 5- atenção ao usuário em alta médica, sem condições para alta social;
- 6- articulação qualificada com as redes socioassistenciais e de saúde;
- 7- sensibilização do usuário e família, para aspectos de prevenção e vigilância de saúde;
- 8- Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) com prioridade para o acompanhamento de serviços de curativos complexos, monitoramento frequente de sinais vitais, adaptação do usuário ao uso do dispositivo TQT, uso de aspirador vias aéreas, necessidade

de atenção nutricional permanente ou transitória, cuidados paliativos, administração de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, suporte ventilatório não invasivo, paracentese, POI;

- 9- Planejamento de Alta Social: avaliação com a equipe das necessidades do doente, promovendo a continuidade dos cuidados;
- 10-Orientação e supervisão de estágio em Serviço Social
- 11-Coordenação, planejamento, implementação e avaliação do trabalho profissional

A atuação do Serviço Social na Saúde se inscreve nos serviços sócio emergenciais, ações socioeducativas e organização e dinâmica institucional.

O Serviço Social no HUGOL institui e operacionaliza procedimentos e rotinas tendo em vista viabilizar o acesso as informações e orientar os usuários sobre os seus direitos durante a permanência na unidade hospitalar e no processo de recuperação da sua saúde, compreendendo o processo de desospitalização de usuários, acolhimento em leito, atenção ao usuário/paciente acamado: atenção ao usuário/paciente com traqueostomia/tqt, atenção ao usuário/paciente em uso de ventilação mecânica, atenção ao usuário/paciente em uso de oxigenioterapia domiciliar: atenção ao usuário/paciente com dieta alimentar enteral: atenção ao usuário/paciente com LPPS'S (feridas),– serviço de atenção à domicilio – SAD, atenção ao usuário/paciente sem rede familiar presente, dependente de cuidados, usuário/paciente não identificado, terapia renal substitutiva-TRS (hemodiálise) e atenção ao usuário/paciente em cuidados paliativos.

Diante o exposto pode-se pensar com Guerra (2014) que à primeira vista, o tema instrumentalidade no exercício profissional do assistente social parece ser algo referente ao uso daqueles instrumentos necessários ao agir profissional, através dos quais os assistentes sociais podem efetivamente objetivar suas finalidades em resultados profissionais propriamente ditos. Porém, uma reflexão mais apurada sobre o termo instrumentalidade nos faria perceber que o sufixo “idade” tem a ver com a capacidade, qualidade ou propriedade de algo.

Com isso podemos afirmar sobre o trabalho do assistente social no HUGOL que a instrumentalidade no exercício profissional se refere, uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva da profissão, construída e reconstruída no processo sócio-histórico e materializada nos diversos espaços sócio-ocupacionais, incluindo a política social de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração da monografia possibilitou aprofundar o conhecimento sobre a Constituição Federal de 1988 e o avanço que representa na incorporação de demandas políticas e sociais dos anos de 1980, propondo um sistema de proteção social que reformula e transforma a política social, incluindo a de saúde, no Brasil. O sistema especificado na Constituição foi denominado de Sistema Único de Saúde - SUS.

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 “representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais no Brasil em face da grave crise às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social” (BRAVO, 1996, p. 109).

Portanto, a questão da saúde no Brasil está diretamente relacionada com os aspectos políticos e econômicos, sendo a população de baixo poder aquisitivo a mais afetada e por isso, também, a mais beneficiada pelos serviços oferecidos pela política social pública.

O Serviço Social na saúde continua tendo como desafio ampliar o trabalho na saúde coletiva, caracterizada como espaço de intervenção profissional. Deste modo, é preciso avançar nas lutas por condições e infraestrutura básica para desdobramento das ações profissionais e para viabilizar o acesso do cidadão ao direito à saúde.

Em sintonia com Matos (2017) é fundamental defender o projeto ético político do Serviço Social brasileiro que propicia o desenvolvimento de uma cultura profissional crítica e democrática, resultado de acúmulo teórico que abrange as diferentes áreas de atuação profissional e contribui para o enfrentamento de suas condições de trabalho.

Esse projeto da profissão do Assistente Social está baseado na coletividade e na sua história de enfrentamento do conservadorismo.

E adverte o autor que para uma reflexão sobre o que particulariza o Serviço Social no contexto do trabalho coletivo em saúde faz-se necessário

refletirmos sobre o que caracteriza essa intervenção profissional, tanto nos seus determinantes históricos, como na configuração do trabalho na atualidade. Essa discussão encontra-se na pauta do dia no debate profissional e mais amplamente no da gestão do trabalho de saúde.

O projeto profissional, construído coletivamente pela categoria, apresenta a autoimagem da profissão; elege valores que a legitima socialmente; delimita e prioriza seus objetivos e funções; formula requisitos (técnicos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescreve normas para o comportamento dos profissionais e estabelece balizas de sua relação com os usuários dos seus serviços, com outras profissões e com as organizações e instituições, públicas e privadas (entre estes, também e destacadamente, com o Estado, ao qual coube historicamente o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais).

Nesse entendi compreende-se que os projetos profissionais são indissociáveis dos projetos societários que lhes oferecem matrizes e valores e expressam um processo de lutas pela hegemonia entre as forças sociais presentes na sociedade e na profissão. São, portanto, estruturas dinâmicas, que respondem tanto às alterações das necessidades sociais decorrentes de transformações econômicas, históricas e culturais da sociedade, quanto expressam o desenvolvimento teórico e prático da respectiva profissão e as transformações operadas no perfil de seus agentes.

REFERÊNCIAS

ABESS/CEDEPSS. Proposta básica para o projeto de formação profissional. **Serviço Social & Sociedade**: O Serviço Social no século XXI, São Paulo, ano XVII, n. 50, p. 143-171, abr. 1996.

ABESS/CEDEPSS. **Proposta básica para o projeto de formação profissional**. Serviço Social & Sociedade, XVII (50): 143-71. São Paulo, Cortez, abr. 2006. corrigir

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Ética**: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez: 2008. (Biblioteca Básica do Serviço Social, v. 4).

BARBOSA, Sofia Laurentino; GUIMARÃES, Simone de Jesus. **As expressões da questão social na saúde mental**: uma análise nos 4 CAPSs II de Teresina – PI, 2015.

BRASIL. **As principais diretrizes do SUS**. Disponível em:file:///Users/usuario/Onedrive/ as principais diretrizes do sus.

BRASIL **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

Bravo, Maria Inês Souza **Política de Saúde no Brasil** http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo, 2000.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil) ISBN 85-334-1238-X

BRASIL. 8 Conferência Nacional da Saúde - Relatório Final [bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicações/8_conferência_nacional_saude_relatorio_fin al](http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicações/8_conferência_nacional_saude_relatorio_final).

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Tradução de Iraci D. Poleti. Petrópolis/RJ: Vozes, 2000

CHIORO Arthur; SCAFF Alfredo. **A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE**

SAÚDE.

Disponível

em:

http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3_ChioroA.pdf

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei nº 8662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre 59 a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

BEHRING, Elaine , BOSCHETTI. Ivanete. **POLÍTICA SOCIA: fundamentos e história.** 9.ed São Paulo Cortez 2011.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do estado capitalista.** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

GUERRA, Y. **Instrumentalidade no trabalho do assistente social.** In: Capacitação em serviço social e política social. O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília, CFESS-ABEPSS-CEAD/NED/UnB, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade:** dimensões históricas, teóricas e ético-políticas. Fortaleza, CRESS –CE, Debate n. 6, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, 2005.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **SERVIÇO SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE:** Trabalho e Formação Profissional 26 ed. São Paulo, Cortez, 2015

MACHADO, Graziela S. **Tendências e dilemas do processo de trabalho no CAPS:** percepções dos assistentes sociais. In: BISNETO, José A.; NICACIO, Erimaldo M. (Orgs). A prática do assistente social na saúde mental. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013, p. 139-166.

MATOS, Maurilio Castro de. **SERVIÇO SOCIAL ética e saúde:** reflexão para o exercício profissional, 2 ed. São Paulo: Cortez, 2017.

NETTO J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.** São Paulo: Cortez, 1999.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **As Possibilidades da Política: ideias para a reforma democrática do Estado.** São Paulo: Paz e Terra, 1998.

SILVA, Milene Lattuada da; LESSA, Susana Z. Garcia. Práticas de Serviço Social na área hospitalar. In. **Práticas de Serviço Social Espaços Tradicionais e Emergentes.** Porto Alegre: Da Casa, 2008.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.