



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

Ingrid Adame Moreira

Estratégias para um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do
Serviço Social na Alta Complexidade de Juiz de Fora/MG

Juiz de Fora
2025

Ingrid Adame Moreira

Estratégias para um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-
Político na Alta Complexidade de Juiz de Fora/MG

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, área de concentração: Serviço Social e Sujeitos Sociais da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de doutora.

Orientadora: Luciana Gonçalves Pereira de Paula

Juiz de Fora
2025

FICHA CATALOGRÁFICA

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

Adame, Ingrid Moreira.

Estratégias para um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político na Alta Complexidade de Juiz de Fora/MG / Ingrid Moreira Adame. -- 2025.
219 f.

Orientadora: Luciana Gonçalves Pereira de Paula
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2025.

1. Serviço Social. 2. estratégia. 3. saúde. 4. alta complexidade . 5. assistente social. I. Paula, Luciana Gonçalves Pereira de , orient. II. Título.

Ingrid Adame Moreira

Estratégias para um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-
Político na Alta Complexidade de Juiz de Fora/MG

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, área de concentração: Serviço Social e Sujeitos Sociais da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de doutora.

Aprovada em 18 de setembro de 2025

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Luciana Gonçalves Pereira de Paula- Orientadora

Prof^a Dr^a Marina Monteiro de Castro e Castro

Prof^a Dr^a Alexandra Aparecida Leite Toffaneto Seabra Eiras

Prof^a Dr^a. Adriana Ramos.

UFF

Prof. Dr. Maurílio Castro de Matos.

UERJ

Ingrid Adame Moreira

**Estratégias para um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-
Político na Alta Complexidade de Juiz de Fora/MG**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Serviço Social da Universidade Federal de
Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção
do título de Doutora em Serviço Social. Área de
concentração: Questão Social, Território, Política
Social e Serviço Social.

Aprovada em 18 de setembro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Luciana Gonçalves Pereira de Paula - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

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

Profª Drª Alexandra Aparecida Leite Toffaneto Seabra Eiras
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Adriana Ramos
Universidade Federal Fluminense

Prof Dr Maurílio Castro de Matos
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Juiz de Fora, 18/08/2025.



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Gonçalves Pereira de Paula, Chefe de Departamento**, em 22/09/2025, às 10:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **ADRIANA RAMOS, Usuário Externo**, em 22/09/2025, às 15:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alexandra Aparecida Leite Toffanetto Seabra Eiras, Professor(a)**, em 23/09/2025, às 07:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maurílio Castro de Matos, Usuário Externo**, em 25/09/2025, às 11:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marina Monteiro de Castro e Castro, Usuário Externo**, em 30/09/2025, às 14:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2558746** e o código CRC **6ED78EAF**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, princípio e fim, de toda a minha vida e à Nossa Senhora por iluminar todos os caminhos acadêmicos e profissionais até a minha chegada no doutorado.

Agradeço a todos os professores do PPG que contribuíram para a construção desta tese. Em especial agradeço ao Rodrigo e ao Ronaldo por adensarem as discussões sobre a categoria trabalho, uma das categorias discutidas também neste trabalho. Agradeço também à Marina, porque, sem os Estudos individuais, a discussão sobre a conformação das Unidades Hospitalares estaria “capenga” neste trabalho, rs. Agradeço à Alexandra pelas tantas contribuições a nossa profissão e nas discussões sobre a tríplice dimensão dela.

Agradeço à minha orientadora, Luciana, por toda a jornada durante esses 4 anos de doutorado, pela leveza e, principalmente, por cada orientação certa. Obrigada pela parceria e por ter enriquecido e valorizado tanto o meu objeto de pesquisa.

Agradeço muitíssimo à minha banca de qualificação: Adriana, Maurílio e Marina. Dri, agradeço por ter acompanhado cada etapa do meu processo de formação: graduação, mestrado e agora o doutorado. Maurílio, agradeço por estar presente em mais um degrau da minha formação acadêmica. Você e Adriana fazem parte da minha história e levo cada um de vocês na minha trajetória profissional. Marina, nos conhecemos na Residência, você como tutora e eu como preceptora, que encontro especial. Com você me debrucei em um novo olhar para as temáticas sobre a Residência em Saúde e, no doutorado, com você aprofundei o debate sobre os Hospitais. Obrigada por somar tanto na construção desta tese.

Agradeço aos meus pais, Marcos e Maria das Graças, por serem minha base e por todo o apoio durante esses 37 anos na realização de cada projeto e sonho.

Agradeço ao meu esposo, Fábio, por ser meu Porto Seguro. Por puxar o balão quando minha ansiedade me leva a lugares obscuros e por seu meu par na dança da vida. Cada nota tocada e cada passo dançado ao longo desses 10 anos e alguns meses me levam à certeza de que te quero comigo. Te amo, amor!!!

Agradeço às minhas amigas e parceiras de vida: Jéssica, Patrícia, Michelle, Luana, Gabi e Juliana, pelos momentos de devaneio e sanidade, mas, principalmente, por se fazerem tão presentes, ainda que a um estado de distância. Amo vocês!!!

Agradeço ao Jonatas, amigo que a UFF me deu, por ser sempre tão atencioso, por discutirmos os rumos da nossa profissão, por ser meu eterno monitor e por permitir sempre que eu te tire de orientador, rs. Te amo, amigo.

Ao Carlos e Diva (*in memoriam*), porque sem vocês hoje eu não teria uma biblioteca tão completa. Obrigada por investirem na minha formação e por acreditarem em mim!!!

RESUMO

A presente tese sistematiza os estudos realizados sobre as estratégias construídas pelas assistentes sociais da Alta Complexidade de Juiz de Fora/MG para efetivar um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político. Com vistas à discussão do tema, neste trabalho, problematizamos a conformação dos Hospitais e da Saúde enquanto Política Pública no Brasil e fazemos o debate acerca de seu desmonte até o governo de Jair Bolsonaro. Os hospitais de alta complexidade são espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais e, por esse motivo, discutimos sobre a inserção do Serviço Social na Saúde e sua inserção particular na atenção hospitalar. E para aprofundar essa reflexão, foi importante nos apropriarmos do debate sobre a condição de assalariamento dos assistentes sociais e a autonomia que eles possuem no que diz respeito à condução de suas intervenções no cotidiano institucional. Tais reflexões são fundamentais para a discussão sobre as estratégias implementadas na alta complexidade. A pesquisa de campo realizada objetivou, então, analisar quais são as estratégias implementadas pelas assistentes sociais no espaço sócio-ocupacional de unidades de saúde de alta complexidade, do município de Juiz de Fora/MG, quais sejam: Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Teixeira (HPS), Hospital Universitário e Santa Casa, com vistas a efetivar um trabalho coadunado ao Projeto Ético-Político do Serviço Social. Conseguimos a adesão de todas as assistentes sociais que compõem a equipe de Serviço Social desses hospitais, exceto uma, porque é autora desta tese. Chegamos, então, ao quantitativo de 09 assistentes sociais, que foram entrevistadas entre julho e agosto de 2022. A pesquisa realizada orientou-se pelo método crítico-dialético e, a partir de sua sistematização e análise, foi possível identificar as estratégias e os desafios enfrentados pelas assistentes sociais para conseguir construir um trabalho crítico e comprometido com os valores do Projeto Ético-Político na alta complexidade de Juiz de Fora/MG.

Palavras-Chave: Serviço Social; estratégia; saúde; alta complexidade; assistente social.

ABSTRACT

This thesis systematizes studies on the strategies developed by social workers in the High Complexity Units of Juiz de Fora, Minas Gerais, to carry out critical work committed to the Ethical-Political Project. To address this topic, we problematize the formation of hospitals and healthcare as public policy in Brazil and discuss their dismantling during the Jair Bolsonaro administration. High complexity hospitals are socio-occupational spaces for social workers, and for this reason, we discuss the service's integration into healthcare and its specific role in hospital care. To further reflect on this integration, it was important to engage with the debate on the salaried status of social workers and their autonomy in conducting their interventions in the institutional routine. These reflections are fundamental to the discussion of strategies implemented in high complexity units. The field research carried out aimed, then, to analyze which strategies are implemented by social workers in the socio-occupational space of high complexity health units, in the city of Juiz de Fora/MG, namely: Dr. Mozart Teixeira Emergency Hospital (HPS), University Hospital and Santa Casa, with a view to carrying out work in line with the Ethical-Political Project of Social Service. We secured the participation of all the social workers who make up the Social Service team of these hospitals, except for one, because she is the author of this thesis. Thus, we reached a total of 9 social workers, who were interviewed between July and August 2022. The research conducted was guided by the critical-dialectical method, and through its systematization and analysis, it was possible to identify the strategies and challenges faced by social workers in building work that is critical and committed to the values of the Ethical-Political Project in the high-complexity healthcare context of Juiz de Fora/MG.

Keywords: Social Service, Strategy, Health, High Complexity and Social Worker.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR E A SAÚDE NO BRASIL	36
2.1	A CONSTITUIÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR	36
2.2	A CONSTITUIÇÃO DOS HOSPITAIS E DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	42
2.3	O DESMONTE DA POLÍTICA DE SAÚDE DO BRASIL E O IMPACTO NA ATENÇÃO HOSPITALAR ATÉ O GOVERNO BOLSONARO	60
3	SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE	81
3.1	O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	81
3.2	O ASSISTENTE SOCIAL ENQUANTO TRABALHADOR ASSALARIADO X AUTONOMIA RELATIVA	98
3.3	O TRABALHO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS NA ATENÇÃO HOSPITALAR	113
4	ESTRATÉGIAS DO SERVIÇO SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE DE JUIZ DE FORA/MG	130
4.1	O DEBATE SOBRE AS ESTRATÉGIAS E TÁTICAS NO TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS	130
4.2	SERVIÇO SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS E TÁTICAS EM UNIDADES DE SAÚDE DE ALTA COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA/MG	145
4.2.1	A Alta Complexidade na Política de Saúde em Juiz de Fora/MG	145
4.2.2	Análise dos dados da pesquisa – as estratégias e táticas no trabalho de assistentes sociais em hospitais em Juiz de Fora/MG	149
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	196
	REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	202
	APÊNDICE A – Roteiro da entrevista	215
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética na Plataforma Brasil	217

1 INTRODUÇÃO

A presente tese tem como objeto de estudo o trabalho profissional de assistentes sociais lotados em hospitais de alta complexidade na cidade de Juiz de Fora/MG. A discussão sobre esse objeto foi suscitada na autora em virtude de sua experiência profissional atual na alta complexidade e em virtude também de sua trajetória na Política de Saúde, cujo início se deu em seu primeiro campo de estágio.

A autora desta tese possui dois vínculos atuais de trabalho: um no Hospital Universitário de Juiz de Fora e outro numa Unidade de Pronto-Socorro Infantil, no Rio de Janeiro. Além das experiências acumuladas no Sistema Único de Saúde (SUS), também trabalhou na Política de Assistência Social em Unidade de Acolhimento Infantil, no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), assim como assessorando os Conselhos Tutelares.

Vale destacar que, no Hospital Universitário, a autora coordenou o Projeto de Treinamento Profissional entre 2021 e 2022, que tinha por nome: *A Imprescindibilidade da Intersectorialidade*: promovendo a Articulação da Rede Socioassistencial em Juiz de Fora, e coordenou um projeto de pesquisa no Hospital Universitário, cujo nome era: *Entre Limites e Viabilidade*: a política Nacional de Humanização no Hospital Universitário/UFJF, que fora executado entre os anos de 2021 e 2023.

Ao analisarmos as determinações para a construção de um trabalho profissional crítico¹ e comprometido no Serviço Social, pretendemos refletir sobre ele em contexto de (contra) reforma do Estado (Behring, 2003), de avanço das políticas neoliberais, de mudanças advindas da reestruturação produtiva (Antunes, 2010) e de pandemia provocada pelo vírus da Covid-19, com rebatimentos na Política Pública de Saúde no Brasil.

A partir da compreensão sobre essas determinações e das condições do exercício profissional, pretendemos identificar estratégias² utilizadas pelos assistentes

¹ No item no qual sistematizamos e analisamos a pesquisa de campo, abordaremos nosso entendimento e compreensão acerca do Serviço Social Crítico.

² Conforme Paula (2018), o debate sobre as estratégias e táticas no Serviço Social centraliza-se em dois campos: o do pensamento pós-moderno e o da tradição marxista. É importante elucidar que Paula (2018) destaca que não são encontradas obras que tomem o debate acerca das estratégias e táticas enquanto objeto de estudo, mas, segundo a autora, existem autores, como Iamamoto e Netto, que iniciam a discussão acerca desse tema e apontam para a sua importância.

sociais, nesse contexto, em hospitais de alta complexidade, para concretizar um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social³. Tomamos as estratégias enquanto possíveis mediações entre o que se projeta, o que se propõe a alcançar e o que, de fato, se pode realizar (Paula, 2018).

Sendo assim, pretendemos refletir, na pesquisa de campo, sobre o trabalho dos assistentes sociais no espaço sócio-ocupacional de alta complexidade em Juiz de Fora/MG, investindo na identificação de estratégias para o enfrentamento dos limites postos ao exercício profissional. Identificamos, inicialmente, o que denominamos principais características e determinações que se apresentam como possíveis limites:

- a) o fato de o atendimento possuir caráter emergencial, assim o exercício profissional é tensionado pela imediatividade, o que tem sido justificado como fator para fragmentação e descontinuidade no atendimento;
- b) o grande número de demandas atendidas e dirigidas ao assistente social desse setor, fomentando atendimentos pontuais e aligeirados;
- c) a designação de atendimentos que não integram as competências desses profissionais; e
- d) a fragmentação do trabalho impulsionada por práticas desarticuladas entre os profissionais.

Para o enfrentamento desses limites, consideramos fundamental a apreensão da reflexão construída por Iamamoto (2008) sobre a condição assalariada do assistente social e sobre a sua “autonomia relativa”. Iamamoto (2008) aponta que essa autonomia relativa é garantida pelo Código de Ética (1993) e pela Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662/1993), as quais integram, juntamente com as Diretrizes Curriculares, os pilares do Projeto Ético-Político da profissão.

Ao realizar essa opção analítica, consideramos que deve ser por meio desse projeto que o assistente social, em conjunto com outros trabalhadores e na relação com usuários das políticas públicas, pode encontrar caminhos para construir a ampliação de sua autonomia.

A autonomia profissional deve ser pensada a partir de dois elementos que estão implicados um no outro: a inserção dos assistentes sociais enquanto trabalhadores no

³ Esse projeto é considerado hegemônico no debate profissional do Serviço Social. Tem como marco o Congresso da Virada, que ocorreu em 1979, expressa a ruptura profissional com o Serviço Social tradicional e tem suas expressões nas Diretrizes Curriculares, no Código de Ética e também na Lei de Regulamentação da Profissão.

mercado de trabalho e o tipo de contrato estabelecido entre eles e a instituição. Os assistentes sociais são trabalhadores assalariados. Ao ingressar nas instituições por meio da venda de sua força de trabalho, os profissionais assinam um contrato de trabalho. Esses contratos podem fragilizar ou potencializar os assistentes sociais. Quanto mais flexibilizados os vínculos trabalhistas, mais subordinados à hierarquia verticalizada das instituições são os assistentes sociais e mais a sua autonomia é restringida e controlada.

A autonomia relativa refere-se à autonomia teórico-metodológica, ético-política e técnica-operativa que os profissionais têm na condução de seus atendimentos, no cotidiano socioinstitucional. Essa autonomia resguarda a atuação dos assistentes sociais. Entretanto, a relação de compra e venda da força de trabalho tensiona o trabalho dos assistentes sociais, que não dispõem de meios e condições necessárias para a execução de suas atividades.

Para Iamamoto (2017), a possibilidade de imprimir uma direção social ao trabalho profissional se dá por meio da autonomia relativa que é resguardada pelas legislações que regulamentam a profissão e é passível, inclusive, de ser reclamada judicialmente. Os instrumentos normativos da profissão são um dos pilares do Projeto Ético-Político, oferecendo-lhe sustentação, conforme explicitado anteriormente. Esse projeto, hegemônico na categoria, respalda a atuação dos assistentes sociais na direção de defesa dos interesses da classe trabalhadora. Sendo assim, é necessário e urgente que se adense a discussão acerca do sentido e da direção do Projeto Ético-Político com a firmeza e o rigor teórico-metodológico que as análises da realidade nos impõem (Amaral; Mota, 2014).

Como mencionamos, essa reflexão considera a constituição histórica do Serviço Social no âmbito da divisão social, racial, sexual e técnica do trabalho no modo de produção capitalista. Sendo assim, fundamentados em uma abordagem que se ancora na de matriz da teoria social crítica de Marx, refletiremos sobre a conformação da profissão dentro da sociabilidade capitalista e os requisitos à sua afirmação na divisão social, racial, sexual e técnica do trabalho.

No contexto internacional, o surgimento do Serviço Social está intrinsecamente relacionado às estratégias da burguesia que, frente à organização e ao fortalecimento da classe operária, precisou encontrar novos meios de “legitimar-se politicamente incorporando outros protagonistas sociopolíticos” (Netto, 2007, p. 27). Dessa maneira, o Estado burguês torna-se permeável às reivindicações da classe proletária mediante

a generalização e institucionalização de direitos e garantias cívicas e sociais (Netto, 2007). Isso expressa a função quase que instrumental do Serviço Social sob o capitalismo.

Para Pereira (2011), esse Estado, ao buscar legitimidade política ao longo da história, torna-se permeável às demandas da classe trabalhadora e passa a exercer regulações sociais por meio de políticas sociais. É através dessas políticas que o Estado burguês “administra as expressões da ‘questão social’ de forma a atender às demandas da ordem capitalista, conformando, pela adesão que recebe de categorias e setores cujas demandas incorpora, sistemas de consenso variáveis, mas operantes” (Netto, 2007, p. 30).

As políticas sociais resultam da relação de reciprocidade e antagonismo entre Estado em sua dimensão ampliada, compreendendo as dinâmicas entre Sociedade Civil e Sociedade Política⁴. As políticas sociais sob o capitalismo expressam uma estratégia de legitimação da hegemonia burguesa ao incorporar as demandas da classe trabalhadora, bem como para interceptar demandas que possam surgir.

O Estado, então, apesar de estar a serviço das classes dominantes e ser dotado de poder coercitivo, deve também, para poder legitimar-se e garantir a hegemonia do bloco que está no poder, realizar ações em favor da classe subalterna (Pereira, 2011). Essas ações, materializadas em políticas sociais, são implementadas desde que o Estado seja pressionado pela capacidade de organização e mobilização da classe trabalhadora ou por necessidades de regulação das relações sociais com vistas à reprodução das condições de acumulação capitalista.

O Serviço Social é produto e é fundado pela ordem monopólica. Tal profissão “se configura e se recria no âmbito das relações entre Estado e sociedade, fruto de determinantes macrossociais que estabelecem limites e possibilidades ao trabalho profissional” (Iamamoto, 2006, p. 39).

A gênese do Serviço Social, segundo Netto (2007), se dá no enfrentamento às manifestações da “questão social” pelo Estado burguês ao exercer regulações sociais por meio de políticas sociais. O Serviço Social tem na “questão social” a base de sua

⁴ O Estado ampliado comporta duas esferas principais: a sociedade política e a sociedade civil. A sociedade política tem seus portadores principais materiais nos aparelhos de coerção e repressão. Já a sociedade civil tem seus portadores nos aparelhos privados de hegemonia que difundem e/ou elaboram ideologias (Coutinho, 1992).

fundação como especialização do trabalho, conforme lamamoto (2008b). Essa autora aponta que a “questão social”

sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movidos por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade (lamamoto, 2008b, p. 28).

No Brasil, essa profissão surge a partir de um amplo movimento de bases confessionais, articulado às necessidades de formação técnica e doutrinária do laicato (lamamoto, 2007). O processo de legitimação e consolidação do Serviço Social, dentro da divisão social, racial, sexual e técnica do trabalho na sociedade brasileira, se constitui por meio da abertura do mercado de trabalho que, por sua vez, foi propiciada pela emergência das grandes instituições estatais, paraestatais e autárquicas (Carvalho; lamamoto, 2008). Com o surgimento das grandes instituições, criou-se o chão necessário para o Serviço Social questionar suas bases confessionais.

Nesse período, o Estado passa a ser o incentivador desse tipo de qualificação técnica, ampliando assim o campo de trabalho para o Serviço Social (lamamoto, 2007). É o Estado que centraliza a política assistencial que é implementada pelas grandes instituições que empregam os assistentes sociais. Dessa forma, o Estado se torna o maior empregador dos assistentes sociais. Concordamos com Raichelis (2011), que

a conformação dessa ordem societária cria, assim, um novo espaço sócio-ocupacional para o assistente social (e para um conjunto de outras profissões) na divisão social e técnica do trabalho, constituindo objetivamente as condições através das quais a profissão será demandada e legitimada para a execução de um amplo leque de atribuições profissionais, notadamente no âmbito das diferentes políticas sociais setoriais (Raichelis, 2011, p. 424).

No Brasil, o Serviço Social foi regulamentado como uma profissão liberal, e esse é o traço mais elementar da profissão. De acordo com Carvalho e lamamoto (2008),

se esta não vem sendo, historicamente, uma característica básica da profissão, ela não exclui, integralmente, certos traços que marcam uma prática “liberal” entre os quais se poderia arrolar: a reivindicação

de uma deontologia (Código de Ética), o caráter não-rotineiro da intervenção, viabilizando aos agentes especializados uma certa margem de manobra e de liberdade no exercício de suas funções institucionais, [...], a existência de uma relação singular no contato direto com os usuários – os “clientes” – o que reforça um certo espaço para a atuação técnica, abrindo a possibilidade de se reorientar a forma de intervenção, conforme a maneira de se interpretar o papel profissional (Carvalho; Iamamoto, 2008, p. 80).

O último detalhe que podemos dizer que caracteriza essa abordagem “liberal” apontada pelos autores mencionados coloca diante do Serviço Social um desafio significativo: a questão da “crise” de identidade da profissão no que diz respeito a perguntas como “O que é” e “O que faz o Serviço Social?” Os assistentes sociais que atuam na área possuem certa liberdade em seus campos de atuação para elaborar propostas que vão além das exigências institucionais (Carvalho; Iamamoto, 2008). No entanto, muitas atividades realizadas pelo profissional não estão dentro de sua competência e atribuição e são historicamente consideradas atividades do Serviço Social, o que frequentemente resulta no fato de a profissão ser vista de forma inferiorizada e menosprezada em comparação com outras profissões.

O Serviço Social está inserido no processo das relações sociais e na reprodução das classes sociais, marcado por relações antagônicas e contraditórias entre essas classes, que constituem a estrutura social (Silva e Silva, 2007). Assim, a profissão está intimamente ligada à dinâmica das classes sociais e desenvolve suas atividades voltadas para a organização da classe trabalhadora e dos grupos sociais que atende, com o objetivo de criar condições favoráveis ao domínio dessa classe (Carvalho; Iamamoto, 2008).

É crucial destacar a contradição presente na divisão social, racial, sexual e técnica do trabalho: o assistente social é contratado pela classe dominante, que emprega e remunera o profissional, para trabalhar com a classe trabalhadora, que é a destinatária dos serviços oferecidos (Silva e Silva, 2007).

Além disso, é importante observar que, antes da formalização do Serviço Social, existia a Ação Social. O Serviço Social surgiu como um departamento especializado dentro dessa Ação, fundamentado em sua doutrina social. A Ação Social “é mais ampla (do que o Serviço Social), exercida sobre a estrutura da sociedade, visando transformar ou adaptar os quadros existentes de acordo com a época, o lugar, a civilização. É mais um movimento de ideias, um trabalho legislativo [...]” (Aguiar, 2011 *apud* Alves, 2016, p. 27).

A profissão, por sua vez, tem por

objeto remediar as deficiências dos indivíduos e das coletividades; quando se dirige ao ajustamento de um determinado quadro, ele o faz para sanar deficiências acidentais de certas circunstâncias, e não de um defeito estrutural. O objeto será o mesmo materialmente, mas diferindo formalmente (Carvalho; Iamamoto, 2008, p. 202-203).

O Serviço Social surge vinculado “ideologicamente à defesa do projeto social vigente, construindo assim um projeto conservador estreitamente vinculado aos interesses sociais da burguesia e da Igreja católica” (Cardoso, 2013, p.115). Conforme a profissão foi se legitimando e se consolidando no Brasil, atendendo à classe trabalhadora, que era alvo das políticas sociais (Carvalho; Iamamoto, 2008), os assistentes sociais passaram a executar tais políticas. Na implementação dessas atividades, o Serviço Social desenvolvia ações educativas e organizativas, objetivando disciplinar o proletariado e enquadrá-lo ao processo capitalista de produção (Iamamoto, 2007), em especial aos requisitos de formação de mão de obra para a indústria em conformação no Brasil.

O Serviço Social em seus primórdios desenvolvia ações de caráter caritativo e assistencial, o que imprimiu à profissão a noção de caridade às suas ações. Assim sendo, os assistentes sociais realizavam visitas domiciliares, plantões, distribuíam benefícios, organizavam reuniões educativas, ministravam curso de formação familiar. Junto aos trabalhadores, a ação desenvolvida se dava no sentido de integração, enquadramento do operário à empresa, no intuito de adaptá-los ao meio (Carvalho; Iamamoto, 2008).

O assistente social intervinha nas expressões da “questão social”, de forma a transformar a maneira de agir, de se comportar dos indivíduos, no sentido de colocar a classe trabalhadora em uma situação de subordinação ao processo capitalista de produção (Iamamoto, 2007). Além disso, o assistente social tinha em suas ações o componente humanitário, imprimindo ao seu trabalho profissional a noção de vocação, de missão, o que fazia com que o profissional desenvolvesse, junto ao usuário de seus serviços, uma prática de cunho paternalista, tutelar (Iamamoto, 2007).

Nesse contexto, as trabalhadoras sociais dos centros de estudos desenvolviam trabalhos manuais, oficinas de higiene e procuravam cooptar as operárias para estudar a classe trabalhadora e “adaptá-la ao meio” (Carvalho; Iamamoto, 2008). Em conformidade com esses autores,

a ignorância e a falta de preparo do operário justificam a tutela que o assistente social deverá exercer sobre a sua consciência, despertando-lhe os sentidos de responsabilidade individual e social, para que compreenda a correlação entre seus direitos e deveres (Carvalho; Iamamoto, 2008, p. 209).

As primeiras escolas de Serviço Social surgiram no Brasil sob a influência da Igreja Católica, sendo a primeira fundada em São Paulo, em 1936, devido a duas sócias do Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo terem ido à Bélgica para compreenderem a organização do Serviço Social e o cursarem; e a segunda escola criada no Rio de Janeiro, em 1937. Importa ressaltar que as primeiras estudantes de Serviço Social advinham das classes burguesas.

O Serviço Social brasileiro tem tanto suas ações como a fonte de seu pensamento fundados na Doutrina Social da Igreja, no

ideário franco-belga de ação social e no pensamento de São Tomás de Aquino (séc. XII): o tomismo e o neotomismo (retomada em fins do século XIX do pensamento tomista por Jacques Maritain na França e pelo Cardeal Mercier na Bélgica tendo em vista “aplicá-lo” às necessidades de nosso tempo) (Yazbek, 2009, p. 82).

A relevância para nós nesse momento histórico em que as primeiras escolas de Serviço Social surgiram no Brasil está relacionada à forma como e em quais fundamentos ocorria o trabalho das primeiras assistentes sociais. É importante considerar que o Serviço Social teve origem a partir do envolvimento de grupos e setores das classes dominantes, que se manifestavam por meio da Igreja, como um dos desdobramentos do movimento do apostolado leigo (Iamamoto, 2007).

Durante esse processo de seleção de mulheres para cursar Serviço Social, é possível notar a inclusão de colaboradoras que atuavam nas grandes instituições de assistência como alunas (Carvalho; Iamamoto, 2008). De acordo com os autores, ocorre nesse momento a expansão do corpo discente com a entrada da pequena burguesia. Portanto, a escola de Serviço Social deixa de ser exclusividade da alta burguesia, passando a abranger também a classe trabalhadora.

Nesse contexto, as assistentes sociais não enfrentavam dificuldades no mercado de trabalho, pois muitas profissionais pioneiras ocupavam posições de liderança, coordenação e no ensino. Contudo, a principal questão está relacionada à luta “pelo reconhecimento da profissão e pela exclusividade, para diplomados das inúmeras vagas que se foram abrindo no serviço público ou instituições paraestatais e autarquias, no campo dos serviços sociais (Carvalho; Iamamoto, 2008, p. 188).

Ao passo que o Serviço Social foi desenvolvendo o significado e a necessidade de seu trabalho na sociedade, percebeu a necessidade de atualizar-se face aos desafios expressos no cotidiano. Em 1945, ocorreu o primeiro Congresso Pan-Americano de Serviço Social no Chile. Esse Congresso aconteceu em comemoração aos 20 anos da primeira Escola de Serviço Social na América Latina, e foi por meio dele que surgiu a Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social (ABESS) e a Associação Brasileira de Assistentes Sociais (ABAS).

A partir da consolidação da economia dos Estados Unidos no Pós-Guerra e sua significativa expansão pela América Latina, pós-década de 1945, a hegemonia do conservadorismo do pensamento europeu, franco-belga, por um arranjo doutrinário, foi questionada pelo pensamento conservador norte-americano (Oliveira, 2004).

Como marco da influência norte-americana, Carvalho e Iamamoto (2008) mencionam o Congresso Interamericano de Serviço Social realizado em 1941, em Atlantic City (EUA). Esse Congresso teve como tema a cooperação entre as Escolas de Serviço Social das Américas, estreitando os laços entre as escolas brasileiras e as norte-americanas.

Em 1947, ocorreu o primeiro Congresso Brasileiro de Serviço Social, promovido pelo Centro de Estudos e Ação Social (CEAS). Em 1949, foi realizado o segundo Congresso Pan-Americano de Serviço Social, no Rio de Janeiro, cujo tema central foi a “família”.

Durante esse período, o debate sobre o Desenvolvimento de Comunidade começou a ganhar espaço no país. Nas políticas de desenvolvimento de comunidade, “a participação era pensada como incorporação dos indivíduos em ações previamente elaboradas pelas autoridades ou grupos de missionários que desenvolviam programas missionários nas comunidades” (Gohn, 2007, p. 50).

A partir dos Congressos de 1947 e 1949, o Serviço Social começou a se aproximar da psicologia e das técnicas, afirmando-se não como uma ciência, mas como um conjunto de técnicas destinadas a resolver problemas sociais (Carvalho; Iamamoto, 2008). As bases do tratamento em Serviço Social se sustentavam sobre o diagnóstico e sobre o Serviço Social de Casos Individuais e de Grupo (Carvalho; Iamamoto, 2008).

Esses congressos, realizados na década de 1940, centraram-se na formação em Serviço Social, abordando os objetos, objetivos e instrumentos de trabalho, entre outros aspectos. Esses temas continuaram a aparecer em muitos outros eventos,

refletindo, conforme Carvalho e Iamamoto (2008), a insegurança, as limitações e as dúvidas presentes no meio profissional. Nas décadas de 1950 e 1960, conforme Oliveira (2004), houve um impulso nas bases científicas da formação profissional no Brasil, marcado por uma perspectiva metodológica: através da tecnificação da profissão, os assistentes sociais eram capacitados para executar programas sociais que viabilizassem respostas modernizantes, alinhadas ao modelo desenvolvimentista adotado no país⁵.

Buscando uma qualificação técnica, além de sua afirmação na divisão social, racial, sexual e técnica do trabalho, o Serviço Social, nesse período histórico, aproximou-se ainda mais das correntes psicologizantes, como a psicanálise, o positivismo e o funcionalismo (Silva e Silva, 2007). Um outro segmento do Serviço Social também se aproximou dos trabalhos de cultura popular desenvolvidos por Paulo Freire, demonstrando a emergência de “uma prática questionadora do status quo” (Silva e Silva, 2007, p. 29). O exercício profissional começa, assim, a deslocar seu foco de atenção do indivíduo para a comunidade, e os profissionais adotam novas estratégias, como reuniões e núcleos de grupos.

Em 1964, com a instauração da Ditadura Militar no Brasil, em meio às lutas de classes, resistência e organização da classe trabalhadora e do movimento estudantil, surgiu uma tendência modernizadora no Serviço Social. Esse período foi considerado o início de um Movimento de Reconceituação do Serviço Social (Silva e Silva, 2007), que buscava romper com o caráter conservador da profissão, orientando-se por interesses e demandas dos setores populares. De acordo com Goin (2019), o movimento ficou amplamente conhecido na América Latina como Reconceptualização ou Reconceituação do Serviço Social e teve como pano de fundo indagações político-ideológicas relativas às transformações que se operavam na sociedade. O Movimento de Reconceituação do Serviço Social,

a partir da perspectiva hegemônica, no contexto da América Latina, impõe aos assistentes sociais a necessidade de ruptura com o caráter conservador que deu origem à profissão, calcado no atrelamento às demandas e interesses institucionais, e coloca como exigência a necessidade de construção de uma nova proposta de ação profissional, tendo em vista as demandas e interesses dos setores

⁵ O modelo se baseia na ideologia desenvolvimentista que toma o Estado como o propulsor do desenvolvimento social e econômico. No Brasil este modelo ganhou destaque no governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961), com o plano de metas: 50 anos em 5 anos.

populares que constituem, majoritariamente, a clientela do Serviço Social (Silva e Silva, 2007, p. 72).

Em conformidade com Iamamoto e Yazbek (2019), podemos apontar como uma unidade no Movimento de Reconceituação a busca pela conformação de um Serviço Social latino-americano que expressasse a recusa à importação de teorias e metodologias alheias à nossa história, que fomentasse críticas aos fundamentos das abordagens de Serviço Social de Caso, Grupo e Desenvolvimento ou Comunidade, que denunciasse a inexistência de neutralidade político-ideológica nas ações dos assistentes sociais. Importa ressaltar que o Movimento de Reconceituação busca unidade, mas isso não significa que ele seja homogêneo.

O Movimento de Reconceituação, segundo Silva e Silva (2002), “procura se orientar por uma perspectiva dialética, com base na concepção de Estado ampliado, que permite perceber a instituição como espaço contraditório e de luta de classes” (Silva e Silva, 2002, p. 39). Esse movimento representou um marco para o Serviço Social, principalmente no que diz respeito ao comprometimento com os interesses da classe trabalhadora, ao buscar romper com um exercício profissional alinhado aos objetivos institucionais.

O Movimento de Reconceituação se configurou como

um movimento de denúncia – de auto-crítica e de questionamentos societários – que tinha como contraface um processo seletivo de busca da construção de um novo Serviço Social latino-americano, saturado de historicidade, que apostasse na criação de novas formas de sociabilidade a partir do próprio protagonismo dos sujeitos coletivos (Iamamoto, 2008b, p. 207).

Na década de 1970, nesse contexto em ebulição no cenário brasileiro, podemos mencionar experiências profissionais que foram desenvolvidas na esfera da formação profissional, como, por exemplo, o chamado “método BH”, que foi implementado na Escola de Serviço Social de Belo Horizonte, Minas Gerais. Tal experiência, conforme Silva (2019), pode ser considerada a pioneira do Projeto de Intenção de Ruptura, que veremos mais adiante.

O III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, que ocorreu em 1979, conhecido como “Congresso da Virada”, marcou o processo de ruptura com o conservadorismo, no qual os profissionais, juntamente com o movimento dos trabalhadores, se distanciaram do conservadorismo e introduziram o pluralismo

político na profissão. Esse congresso inaugurou a direção social da profissão em conformidade com o Projeto de Intenção de Ruptura (Silva, 2019).

Esses eventos/marcos históricos do Serviço Social caracterizam um processo denominado por Netto (2007) Renovação. Assim, o Processo de Renovação do Serviço Social foi um acontecimento exclusivamente brasileiro, caudatário do Movimento de Reconceituação e não se desenvolveu sem disputas internas. De acordo com Netto (2007), o Processo de Renovação se desenvolveu a partir de três perspectivas principais: I – Perspectiva Modernizadora (1964-1970); II – Reatualização do Conservadorismo (1970-1979); e III – Intenção de Ruptura (1970/1980). Desse processo, surgem três projetos profissionais⁶: o modernizador, o fenomenólogo e a intenção de ruptura (Cardoso, 2013).

A primeira direção é o projeto modernizador ou Perspectiva Modernizadora. Essa perspectiva visa a adequar o Serviço Social “enquanto um instrumento de intervenção inserido no arsenal de técnicas sociais a ser operacionalizado no marco de estratégias de desenvolvimento capitalista, às exigências postas no pós-1964” (Netto, 2007, p. 154).

Netto (2007) afirma que essa vertente foi a mais adotada pelos profissionais de Serviço Social na época. Esse fenômeno se explica por duas razões apresentadas pelo autor: “a relação de continuidade que mantinha com a acumulação profissional anterior e a sua funcionalidade em face das requisições próprias à institucionalidade construída pela autocracia burguesa” (Netto, 2007, p. 154). O projeto profissional modernizador reflete uma modernização do conservadorismo no Serviço Social, sendo uma continuidade do projeto tradicional com um aprofundamento na perspectiva teórico-metodológica do positivismo (Cardoso, 2013).

De acordo com Oliveira (2004), a vertente modernizadora foi orientada pela perspectiva desenvolvimentista, fundamentando-se teoricamente no estrutural-funcionalismo, que “se pauta na manutenção da ordem social estabelecida, onde o desenvolvimento era compreendido como superação do atraso, modernização”

⁶ Concordamos com a análise de Netto de que “os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a quem cabe o reconhecimento jurídico dos Estatutos profissionais)” (Netto, 2007, p. 144).

(Oliveira, 2004, p. 58). Assim, o Serviço Social não questionava a estrutura social, focando no avanço de sua teorização.

Essa perspectiva atingiu seu ápice nos encontros realizados em Araxá (MG) e Teresópolis (RJ), começando a perder hegemonia a partir de 1970, quando a autocracia burguesa entrou em crise (Netto, 2007).

Em conformidade com Netto (2007)

[...] toda a dinâmica sociopolítica e cultural da autocracia burguesa, com seus rebatimentos no universo profissional, contribui então para reduzir a sua expressão na auto-representação dos assistentes sociais. De uma parte, seu conteúdo reformista [...] não atende às expectativas do segmento profissional que, agarrado às mais vetustas tradições do Serviço Social, resiste ao movimento de laicização ocorrente e se recusa a romper com o estatuto e a funcionalidade subalternos historicamente assumidos pela profissão [...]. De outra, seu traço conservador e sua colagem à ditadura incompatibilizam-na com os segmentos profissionais críticos quer em face da autocracia burguesa [...], quer em face dos seus substratos teóricos [...]. A expressão ideal das concepções teóricas e profissionais destes segmentos diferenciados, objetivando-se especialmente (mas não exclusivamente) no segundo lustro dos anos setenta, plasma as duas outras direções que compõem o processo de renovação do Serviço Social no Brasil (Netto, 2007, p. 157).

Uma segunda perspectiva, denominada Reatualização do Conservadorismo, consiste em uma vertente que recupera os aspectos mais conservadores e estratificados da herança histórica da profissão, incorporando uma nova base teórica-metodológica e rejeitando tanto os padrões nitidamente positivistas quanto as referências conectadas ao pensamento crítico-dialético de raiz marxista (Netto, 2007). Essa perspectiva teve pouca repercussão dentro do Serviço Social em comparação à vertente modernizadora. Seu projeto fenomenológico reatualizou o conservadorismo presente na profissão desde o projeto tradicional, focando na psicologização das relações sociais e na centralidade do indivíduo, sem questionar a ordem estabelecida e decidida para a manutenção do *status quo* (Silva e Silva, 2007).

Já os anos de 1980 a 1990 marcaram o amadurecimento teórico e político da terceira vertente do Processo de Renovação do Serviço Social, aquela denominada intenção de ruptura com o conservadorismo. Essa perspectiva teve origem na academia nos anos de 1970 e só se consolidou no meio profissional a partir dos anos 1980, de acordo com Netto (2007). Influenciada pela corrente marxista, essa vertente buscava romper com o Serviço Social tradicional e se aproximar da classe trabalhadora. Para Netto (2007) “o fato central é que a perspectiva da intenção de

ruptura, em qualquer das suas formulações, possui sempre um ineliminável caráter de oposição em face da autocracia burguesa” (Netto, 2007, p. 248).

De acordo com Silva e Silva (2007),

[...] se configura num momento de crise da ditadura militar quando a sociedade civil passa por um clima de efervescência política, com grandes lutas e mobilizações dos trabalhadores. Inseridos nesse contexto, os assistentes sociais começam a desenvolver um intenso processo de discussão interna, na busca, entre outros aspectos, de um novo perfil profissional, de uma identidade com as classes trabalhadoras [...] (Silva e Silva, 2007, p. 83).

Ao se aproximar da tradição marxista, os assistentes sociais avançaram ideopoliticamente, o que contribuiu para a realização de leituras críticas em relação ao modo de produção capitalista. Essa abordagem crítica foi construída no próprio âmbito da profissão. A vertente da “Intenção de Ruptura” propõe que o Serviço Social rompa com uma prática profissional conservadora e adote uma abordagem crítica. Ela argumenta que a prática conservadora mantém o Serviço Social aprisionado ao capitalismo, o que transforma a profissão em um instrumento do sistema.

Conforme Netto (2007), “o projeto de intenção de ruptura evidenciou-se e explicitou-se, primeiramente, como produto universitário sob o ciclo autocrático burguês” (Netto, 2007, p. 251).

Esse processo de amadurecimento profissional culminou na construção de um projeto profissional crítico, de ruptura, um Projeto Ético-Político, considerado hegemônico na categoria de assistentes sociais, não fazendo dele o único projeto existente no corpo profissional. Esse projeto, segundo Netto (2007), ganha hegemonia no interior da categoria profissional nos anos de 1990.

Para o autor, contribuíram para essa conquista dois elementos: o primeiro relaciona-se à ocupação por parte do corpo profissional dos fóruns, conselhos, eventos profissionais e espaços de discussão. O segundo relaciona-se à vinculação desse projeto profissional a um projeto societário que, antagônico ao das classes que detêm a propriedade privada dos meios de produção, tem raízes na vida social (Netto, 2007).

Pensar o projeto profissional requer a articulação de uma dupla dimensão:

de um lado, as condições macrosociedade, que estabelecem o terreno sócio-histórico em que se exerce a profissão, seus limites e possibilidades; e de outro, as respostas sócio-históricas, ético-políticas e técnicas dos agentes profissionais a esse contexto, as quais

traduzem como esses limites e possibilidades são analisados, apropriados e projetados pelos assistentes sociais (Iamamoto, 2008a, p. 222).

O projeto profissional é construído por um sujeito coletivo, composto não somente pelo assistente social que desenvolve a ação, mas por todo o quadro profissional que efetiva a profissão, conforme demonstra Netto (2007). Esse mesmo autor explicita que o sujeito coletivo constitui uma unidade de diversos, pois seus membros são indivíduos diferentes, que possuem formas de pensar e comportamentos distintos. Assim, “o corpo profissional é uma unidade não homogênea, uma unidade de diversos” (Netto, 2007, p. 145).

Dessa forma, mesmo que um projeto profissional conquiste hegemonia em um segmento profissional, isso não quer dizer que ele seja o único projeto daquela categoria, conforme fora sinalizado. No corpo profissional estão presentes projetos individuais e societários diversos, configurando, dessa maneira, um espaço plural, onde podem surgir projetos profissionais diferentes (Netto, 2007).

O projeto profissional do Serviço Social brasileiro é, nos termos de Iamamoto (2008), “historicamente datado, fruto e expressão de um amplo processo de luta pela democratização da sociedade e do Estado no país, com forte presença das lutas operárias que impulsionaram a crise da ditadura do grande capital [...]” (Iamamoto, 2008b, p. 223). Tal conjuntura coloca novas demandas ao Serviço Social, exigindo, então, novas respostas profissionais. Dessa forma, também é possível refletir sobre como o Projeto Ético-Político visa (re)construir o significado da profissão para além dos limites de sua origem, pois

os projetos profissionais requisitam o conhecimento da realidade, o conhecimento dos meios e modos de sua utilização, o conhecimento da prática acumulada em forma de teoria, e contribui para o estabelecimento das finalidades ou a antecipação dos resultados objetivos que se pretende atingir. Mas também indicam ações profissionais adequadas, ao esclarecer os objetivos, as possibilidades e as forças sociais participantes [...] (Guerra, 2007, p. 23).

Sendo assim, o assistente social deve apreender a realidade em que incidirá o seu trabalho profissional, pois essa mesma realidade na qual incide sua intervenção é de onde o profissional pode extrair possibilidades, estratégias de ação. O conhecimento da realidade pressupõe, por sua vez, o aprofundamento teórico dos agentes técnicos, explicitando, pois, a relação dialética, a unidade entre teoria e prática. Conforme Iamamoto (2017), nosso projeto profissional nos desafia a decifrar

a história e acumular forças políticas e competência profissional. Ele tem como “quesito fundamental a indissociável articulação entre conhecimento e história, entre teoria e realidade (prática social)” (Iamamoto, 2017, p. 22).

Partimos da assertiva que o Serviço Social é uma profissão inserida no processo de relações sociais na dinâmica de acumulação capitalista, determinada pela forma como a sociedade está organizada (Carvalho; Iamamoto, 2008). Sendo assim, se faz necessário analisar o contexto no qual se desenvolve o trabalho profissional dos assistentes sociais, levando-se em consideração que as mudanças ocorridas na sociedade capitalista contemporânea alteram tanto as demandas dirigidas aos assistentes sociais, como as respostas materializadas no seu cotidiano profissional.

Dessa forma, o trabalho profissional do assistente social não deve ser analisado isoladamente, pois ele faz parte de um processo histórico. Assim, devem ser levados em conta os seus condicionantes, sejam eles internos ou externos, conforme nos aponta Iamamoto (2008a). Os primeiros relacionam-se à dimensão técnico-operativa⁷ do Serviço Social. Os segundos relacionam-se às circunstâncias históricas em que ocorre o trabalho profissional (as relações de poder, os recursos, as políticas sociais do período, entre outros).

O Serviço Social na divisão social, racial, sexual e técnica do trabalho, apesar de possuir estatuto de profissão liberal, assume características particulares pela sua condição de profissional majoritariamente assalariada que vende sua força de trabalho. Conforme elucidado anteriormente, o assistente social detém uma relativa autonomia no que diz respeito à condução dos seus atendimentos. É por meio desse projeto profissional que o assistente social consegue resguardar essa autonomia relativa na condução do seu trabalho profissional (Iamamoto, 2008a).

O Projeto Ético-Político realiza-se em diferentes dimensões, conforme nos mostra Iamamoto (2008):

- a) nos seus instrumentos legais;
- b) nas expressões e manifestações coletivas da categoria;
- c) nas articulações com outras entidades de Serviço Social e com outras categorias profissionais, integrando lutas comuns;

⁷ Santos (2011) sistematiza e qualifica as três dimensões constitutivas do trabalho profissional: dimensão técnico-operativa, ético-política e teórico-metodológica.

- d) no trabalho desenvolvido nos diferentes espaços ocupacionais;
- e) no ensino universitário.

Dessa forma, esse projeto exige um perfil de profissional crítico e competente na tríplice dimensão do trabalho profissional (dimensão técnico-operativa, teórico-metodológica e ético-política).

Para entender melhor no que consiste o Projeto Ético-Político, algumas considerações são necessárias. Netto (2007) demonstra a articulação, a sintonia entre projeto societário e projeto profissional. Entretanto, explicita que pode ser que um dado projeto profissional questione o projeto societário hegemônico, ocorrendo, dessa maneira, situações de conflitos e interesses entre eles. Essas divergências e colisões entre projetos profissionais e societários hegemônicos, sob o capitalismo, encontram limites que se expressam, determinantemente, nas condições de trabalho.

O Projeto Ético-Político do Serviço Social, conforme aponta Costa (2008), é contra-hegemônico em relação ao projeto societário que tem em seus fundamentos o modo capitalista de produzir. Assim, o Projeto Ético-Político, no cotidiano profissional do assistente social, vive em constante disputa de espaço com outros projetos profissionais e com outras correntes em um complexo conflito hegemônico no interior do Serviço Social (Valle, 2012).

Fica claro que é um desafio colocado aos assistentes sociais a concretização de um trabalho que tenha como horizonte o Projeto Ético-Político no seu exercício laborativo, considerando seu estatuto de assalariado, em contexto de avanço da ofensiva neoliberal, coadunada com a dilapidação dos direitos sociais conquistados historicamente pela classe trabalhadora.

O trabalho profissional comprometido com o Projeto Ético-Político exige que o sujeito que o executa esteja qualificado para realizar um trabalho complexo, social e coletivo, que seja capaz de propor e negociar com os empregadores, que lute pela ampliação dos direitos da classe trabalhadora, que defenda sua autonomia técnica, suas atribuições e prerrogativas profissionais (Raichelis, 2011).

O Projeto Ético-Político do Serviço Social é caudatário da perspectiva denominada por Netto (2007) Intenção de ruptura, conforme fora exposto, e ele possui suas raízes na ruptura com o conservadorismo profissional. Este projeto “ao negar o histórico conservadorismo da profissão aponta, propositivamente, para a construção de um trabalho profissional comprometido com a justiça social e a liberdade, valores centrais do atual código de ética, promulgado em 1993” (Matos, 2013, p. 97).

Ser um assistente social comprometido com o Projeto Ético-Político não é uma tarefa fácil. E não o é, primeiro, porque esse projeto, considerado hegemônico na categoria profissional, enfrenta embates com o projeto burguês hegemônico na contemporaneidade. Segundo, porque acreditamos, conforme aponta Matos (2013), que esse projeto profissional expressa um embate com a sociabilização primária dos assistentes sociais – aquele processo inicial de introjeção dos valores e normas iniciados na primeira infância com a família e as unidades de ensino.

Esses embates, em sua grande maioria, podem ou não ser travados pelos assistentes sociais no cotidiano profissional. Supostamente, podemos perceber, em alguns espaços sócio-ocupacionais, que os profissionais acabam por adotar valores para sua vida privada e outros valores para a vida profissional, como se fosse possível, por exemplo, uma pessoa colocar um jaleco e dizer: agora sou assistente social e tirar o jaleco e dizer: não sou mais profissional, assim como existem profissionais que dizem pautar o Projeto Ético-Político no cotidiano institucional, mas reproduzem nas suas atividades discursos contrários aos valores expressos nesse projeto. No cotidiano profissional, é requerido dos assistentes sociais um posicionamento e uma direção ética em todos os tipos de intervenções.

O trabalho profissional deve ser orientado pelo Projeto Ético-Político, pelo conjunto de valores e princípios que o legitimam. Os assistentes sociais realizam escolhas, elegem caminhos, valores, optam pelos meios éticos para alcançar os objetivos de sua ação que, por sua vez, impactam a vida social e o cotidiano dos sujeitos.

Entretanto, muitos autores refletem sobre o objeto e os processos de trabalho do Serviço Social, sem, contudo, problematizar os impactos ou os objetivos que o assistente social tenta alcançar escolhendo este ou aquele meio e instrumento de trabalho. Conforme Paula (2018), as estratégias utilizadas pelos profissionais no cotidiano institucional são reveladoras das concepções e dos valores que perpassam a atuação profissional do assistente social, dessa forma, tais estratégias informam os referenciais teórico-metodológico e os princípios ético-políticos que sustentam determinada atuação profissional.

Os objetivos que se desejam alcançar no fazer profissional são pouco debatidos, e acreditamos, de forma hipotética, que sejam também uma questão para o Serviço Social. Os assistentes sociais inseridos em espaços sócio-ocupacionais, como os de alta complexidade na Saúde, se deparam, no cotidiano de trabalho, com

demandas emergenciais que chegam a eles por meio dos próprios usuários dessa política pública, através de seus familiares e de outros setores dos hospitais. O cotidiano de trabalho do assistente social na Saúde se caracteriza, predominantemente, pelo atendimento de demandas emergenciais e burocráticas (Forti; Ramos, 2018). O cotidiano é o espaço da emergência, do aqui e do agora. Assim, alguns assistentes sociais recebem as demandas postas no plano do imediato e restringem o seu trabalho profissional às respostas prático-utilitárias (Coelho, 2013).

Essa emergencialização da vida perpassa toda a sociabilidade burguesa. E isto tem um grande impacto no processo de trabalho do Serviço Social, visto que muitos profissionais acabam por restringir seu fazer profissional às respostas imediatas às demandas que são colocadas, sem refletir sobre elas (Soares, 2010).

Para Soares (2010) “[...] com uma apreensão da realidade que supera o imediato e com a clareza das intencionalidades profissionais, o assistente social pode tensionar, atenuar e até modificar essa lógica no âmbito local/institucional” (Soares, 2010, p. 142). Coloca-se como imperativo, portanto, ao trabalho profissional a superação da essência dos fenômenos. O trabalho profissional não pode reduzir-se à aparência ou à tomada da aparência como essência. O profissional deve descortinar a realidade em busca da essência.

O profissional é chamado a estabelecer a correlação entre as requisições institucionais, as demandas dos usuários e as da própria profissão. Quando essa correlação “é estabelecida, vislumbra-se o cotidiano profissional nos espaços sócio-ocupacionais e se revela, na rotina diária, que as demandas sociais ultrapassam a capacidade de respostas das instituições e as condicionalidades que se interpõem ao trabalho do assistente social” (Coelho, 2013, p. 41).

Ao atuar sobre as questões imediatas postas no cotidiano, entendemos que os profissionais não desvelam a realidade, e não as desvelando, não apreendem os fundamentos de sua intervenção profissional. Essa questão implica na falta de planejamento das ações profissionais e coloca o Serviço Social na instituição no lugar de “apagador de incêndios”.

Essas características, somadas aos altos números de demandas dirigidas ao Serviço Social e à própria organização das Instituições de Saúde, implicam na dificuldade que os assistentes sociais demonstram ter em projetar suas expectativas profissionais no que tange aos impactos de suas intervenções (Valle, 2012). Para o

autor, essas projeções são componentes relevantes nos projetos profissionais, na medida em que evitam ações meramente imediatistas (Valle, 2012).

Acreditamos, pois, que alguns projetos profissionais tendem a contribuir para resguardar a autonomia relativa dos profissionais e requisitam dos profissionais o conhecimento da realidade, o conhecimento sobre os meios e os modos de sua utilização, contribuindo também para o estabelecimento de finalidades ou a antecipação de demandas (Guerra, 2007). O trabalho profissional do assistente social é constituído por condições objetivas, bem como por finalidades. Sendo assim, o trabalho profissional fica carregado de valores e escolhas. Tais escolhas e finalidades são orientadas por uma teoria. Conforme Santos (2011), os profissionais agem pautados por valores e ideologias que orientam na busca por um referencial teórico. Dessa forma, são esses valores e visões de mundo que influenciam os assistentes sociais na opção por um determinado referencial teórico. Os assistentes sociais escolhem determinada teoria influenciados por seus valores éticos e morais, mas, como aponta Santos (2011), tal afirmação não significa dizer que a teoria, *a posteriori*, não possa influenciar os valores desses profissionais.

É sabido que o cotidiano dos assistentes sociais é ténue de desafios para a construção de um trabalho crítico e coadunado com o Projeto Ético-Político. O que está em jogo, nas palavras de Netto (2004), é a autonomia política para conduzir o Projeto Ético-Político construído pela categoria profissional numa perspectiva emancipatória. Sabemos que tal projeto não é plenamente materializável no cotidiano profissional. Entretanto, precisamos entender que ele pressupõe a educação permanente dos profissionais e condições de trabalho que o viabilizem (Forti; Coelho, 2015). Os projetos profissionais são ideias e projeções do que se pretende realizar, existindo, portanto, mediações entre essas ideias e sua operacionalização.

O assistente social, ao desvelar que as possibilidades de construção de uma outra sociabilidade são postas na realidade e não na profissão, percebendo-se enquanto sujeito coletivo, apreende que a defesa de um Sistema Único de Saúde constitucional é uma luta que não é só dele, ou de uma categoria, é uma luta da sociedade.

É importante sinalizar que o assistente social envolvido com o trabalho no campo da saúde desenvolve suas atividades sobre as contradições postas pelo próprio cotidiano: o direito do cidadão a ter direito a uma saúde pública e de qualidade e o avanço das políticas neoliberais de desmantelamento desses direitos. No âmbito

da política pública de saúde, é possível observar um conjunto de medidas que expressam o processo de privatização desencadeado pelo Estado brasileiro. Conforme Forti e Ramos (2018), podemos citar:

1) a criação das Organizações sociais (OS's), defendidas como modelo de gestão para as unidades públicas de saúde; 2) a ampliação das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA's), que fortalecem o modelo médico hospitalocêntrico, alterando a essência do Sistema Único de Saúde (SUS); 3) a criação das Fundações Estatais de Direito Privado; 4) A produção das chamadas Parcerias Público-Privadas; 5) a criação das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP's); 6) a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), em 2010, representando uma empresa pública voltada à administração dos hospitais universitários (Forti; Ramos, 2018, p. 90).

O trabalho do assistente social não se desenvolve de forma isolada desse contexto. Os espaços sócio-ocupacionais não estão isentos das implicações e repercussões da conjuntura em que se gestam as atividades dos assistentes sociais. É possível observar que os assistentes sociais experienciam, assim como os demais trabalhadores assalariados, o aviltamento dos salários, a precarização dos vínculos trabalhistas, a desproteção trabalhista, o adoecimento em virtude do trabalho, e, de maneira geral, experienciam a degradação das condições de trabalho e de vida. Mas é posta nesse contexto a possibilidade de construir estratégias e táticas coletivas que visem à superação da exploração do trabalho e dos trabalhadores.

E, assim, as cartas estão na mesa e as regras do jogo estão desenhadas: um trabalho qualificado e competente na tríplice dimensão da profissão é o que viabiliza que as ações profissionais dos assistentes sociais expressem o conjunto de valores e princípios do Projeto Ético-Político por meio de estratégias e táticas que, de fato, efetivem um trabalho crítico e comprometido com o projeto em questão. Apresentamos, então, os objetivos de nossa pesquisa.

Nossa pesquisa tem como objetivo geral: analisar as estratégias implementadas pelos assistentes sociais no espaço sócio-ocupacional de unidades de saúde de alta complexidade, do município de Juiz de Fora/MG, com vistas a concretizar um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social. Assim, traçamos os seguintes objetivos específicos:

- a) analisar os rebatimentos das transformações societárias, no mundo do trabalho no fazer dos assistentes sociais inseridos em hospitais de alta complexidade em Juiz de Fora;

- b) analisar os rebatimentos das transformações da política pública de Saúde no trabalho dos assistentes sociais que trabalham em hospitais de alta complexidade em Juiz de Fora;
- c) perceber se há tendências no trabalho das assistentes sociais de concretizar um trabalho crítico, competente e coadunado ao Projeto Ético-Político Profissional;
- d) identificar qual a compreensão que as assistentes sociais possuem acerca das suas estratégias de trabalho;
- e) problematizar as estratégias sinalizadas pelas profissionais para realizarem o enfrentamento aos limites que expuseram para a não realização de um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-político do Serviço Social.

Para alcançarmos os objetivos aqui propostos, temos como base para nossa proposta metodológica o materialismo histórico-dialético. No método materialista histórico-dialético, em Marx, a realidade não se deixa conhecer no plano do imediato, sendo necessário que o pesquisador reflita criticamente sobre ela e que nessa reflexão ele a apreenda em sua totalidade. Dessa forma, o pesquisador deve apropriar-se da “matéria em todos os seus pormenores” para, partindo da aparência que se coloca no plano do imediato, chegar à essência do objeto de pesquisa estudado. Essa aparência é um nível da realidade, portanto, ela é importante e não pode ser descartada (Netto, 2011). Partimos da ideia de que é por meio da aparência que chegamos à essência do objeto.

Quando o pesquisador apreende o objeto, ou seja, quando ele captura sua estrutura e dinâmica, o objeto é o mesmo, mas o pesquisador já não o é. O pesquisador, ao se voltar para o objeto de estudo, introjeta os seus aspectos (Netto, 2011). Ao desvendar a realidade, o movimento e a estrutura do objeto estudado, o pesquisador não visa a apenas conhecê-lo, mas a transformá-lo, e é assim que compreendemos o método crítico-dialético. Assim, quem pesquisa tem um papel fundamental neste processo, devendo ele ser criativo em sua essência, pois o pesquisador “deve ser capaz de mobilizar um máximo de conhecimentos, criticá-los, revisá-los [...]” (Netto, 2011, p. 25).

Além disso, entendemos que pensar um estudo a partir do método materialista dialético é ainda cuidar para que ele esteja a serviço da transformação da realidade. Isso não significa entender que a teoria em si transforme o mundo, mas sim, que

pensada em unidade com a prática, “ela pode contribuir para a transformação desde que seja assimilada por aqueles que, através de atos reais e efetivos, visem tal transformação” (Kameyama, 1998). Isso porque a teoria não só se nutre na prática social e histórica como também representa uma força transformadora que indica à prática os caminhos da transformação da realidade. Realidade essa concreta, uma síntese de muitas determinações.

Conforme Netto (2011), o conhecimento teórico é o conhecimento do concreto, e o concreto aparece no plano das ideias como resultado, e não como ponto de partida, apesar de ser um ponto inicial efetivo. O real conhecimento do concreto só acontece no momento que o pesquisador realiza a viagem de volta, porque o conhecimento dessa dimensão não se manifesta de forma imediata no pensamento, deve ser reproduzido pelo pensamento na viagem de modo inverso (Netto, 2011). Podemos exemplificar esse caminho de volta da seguinte forma: sou comandante de artilharia e minha tropa está em guerra. Decidimos atacar o inimigo com a cavalaria atravessando uma floresta. Enquanto estamos indo atacá-lo, estamos nervosos, com medo, o caminho está livre e está de manhã. Após atacar o inimigo, decidimos retornar pela mesma floresta. Mas o caminho já não é mais o mesmo. Existem corpos espalhados, soldados feridos, árvores, flores atingidas. E nós também já não somos mais os mesmos. Nossas roupas ainda estão suadas, ensanguentadas, sujas e anoiteceu. Quando realizamos a viagem de volta, já não somos mais os mesmos, bem como a floresta também já não é. Ou seja, a viagem de volta é extremamente importante para o sujeito apreender em suas múltiplas determinações a floresta, a guerra.

Nesse sentido, a tese será organizada tendo como referencial o materialismo histórico-dialético e a produção no campo da tradição marxista, que é o recurso teórico fundamental à construção do debate acerca das seguintes categorias⁸ e conceitos: capital, trabalho, processos de trabalho, entre outras

⁸ A pesquisa marxiana tem como objetivo, segundo Netto (2010), “conhecer as categorias que constituem a articulação interna da sociedade burguesa. As categorias, diz Marx, exprimem [...] formas de modos de ser, determinações de existência, frequentemente aspectos isolados de [uma] sociedade determinada – ou seja, elas são objetivas, reais (pertencem à ordem do ser – são categorias ontológicas); mediante procedimentos intelectivos (basicamente, mediante abstração), o pesquisador as reproduz teoricamente (e, assim, também pertencem à ordem do pensamento – são categorias reflexivas) [...]” (Netto, 2010, p. 685).

No intuito de fomentarmos a discussão sobre essas categorias e conceitos, elencamos alguns autores que são de grande importância no meio acadêmico e profissional e que acreditamos que nos fornecerão o aporte teórico necessário para a construção do debate na tese de doutorado: José Paulo Netto, Marilda Iamamoto, Ricardo Antunes, Luciana de Paula, Raquel Raichelis, Maurilio Matos, Ana Vasconcelos, Maria Inês Bravo, entre outros. E como já fora informado utilizamos as contribuições de Karl Marx em nosso referencial teórico.

Importa ressaltar que optamos pela pesquisa exploratória com o objetivo de confrontarmos a hipótese construída e, por concordarmos com Gil (2008), nosso estudo se constituirá de três momentos articulados: pesquisa bibliográfica, documental e, na fase exploratória, elencamos as entrevistas, como técnica de pesquisa.

Na pesquisa bibliográfica, nosso objetivo é mapear as produções acadêmicas (Gil, 2008) relacionadas às categorias e aos conceitos fundamentais para investigar o tema estudado, consultar fontes e autores diversos, tanto do campo de produção de conhecimento do Serviço Social como da Saúde, com o objetivo de fundamentar nosso estudo. Para tanto, levantaremos a produção disponível em bibliotecas virtuais⁹ e na produção literária em Ciências Sociais, Ciências Sociais Aplicadas (classificação na qual se insere o Serviço Social) e na Saúde. A pesquisa bibliográfica possibilita o embasamento teórico da autora e acompanhará todo o processo de estudo sobre o tema escolhido.

Na pesquisa documental, subsidiaremos nossos estudos tendo como referência o aparato normativo legal composto pela Constituição Federal (CF) de 1988, pela Lei Orgânica da Saúde (1990), pela Lei nº 8080/90 e 8142/90, pelo Código de Ética Profissional (1993), pela Lei de Regulamentação da Profissão (1993), pelas Diretrizes Curriculares de 1996, entre outras. Tais legislações norteiam o trabalho dos assistentes sociais e são de extrema importância para a efetivação de um trabalho crítico junto à população usuária dos serviços.

Já na pesquisa exploratória de campo, analisaremos as condições de trabalho para o exercício profissional das assistentes sociais à luz dos pressupostos apontados anteriormente. Objetivamos avaliar as condições e as possibilidades para a

⁹ São exemplos desses instrumentos de pesquisa os sistemas Minerva (UFRJ), Scielo e o banco de teses da CAPES.

construção de um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político no cotidiano profissional dos assistentes sociais inseridos no espaço sócio-ocupacional de hospitais de alta complexidade do Sistema Único de Saúde, localizados em Juiz de Fora/MG.

Na intenção primordial de refletir em torno de estratégias para um trabalho profissional efetivamente comprometido com tal projeto, pretendemos resgatar e problematizar, por meio das entrevistas com os assistentes sociais do espaço sócio-ocupacional de hospitais de alta complexidade, as estratégias profissionais que esses utilizam.

Como o trabalho em questão prioriza uma abordagem qualitativa, elencamos, enquanto técnica de investigação, a entrevista, que, conforme Gil (2008), é adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem, pretendem fazer. Desta forma, realizamos, então, entrevista semiaberta, conforme roteiro (Apêndice A), com os profissionais atuantes em hospitais de alta complexidade localizados na cidade de Juiz de Fora/MG, cadastrados junto à Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), como campos de estágio e/ou residência, sendo assim considerados também como espaços de formação. Importa destacar que a localização territorial dos hospitais em questão se justifica pelo fato de a autora estar inserida na Política Pública de Saúde de Juiz de Fora/MG. Acreditávamos, inicialmente, que alcançaríamos o quantitativo de, aproximadamente, 12 (doze) profissionais entrevistados¹⁰.

Dessa forma, entramos em contato com a Faculdade de Serviço Social da UFJF para que a escola informasse quais são os Hospitais de Alta Complexidade conveniados à faculdade e disponibilizasse os contatos das Unidades Hospitalares em questão. Através da disponibilização dos contatos, contatamos as seguintes unidades: Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Teixeira (HPS), Hospital Universitário e Santa Casa. Iniciamos as entrevistas semiabertas com as profissionais que demonstraram interesse em participar, em julho e as finalizamos em agosto de 2022, sendo entrevistadas o total de nove assistentes sociais.

¹⁰ Importa destacar que o Comitê de Ética emitiu parecer favorável para iniciarmos a pesquisa de campo, conforme número de parecer: 5.215.306.

Esta tese foi elaborada nos seguintes tópicos¹¹: No primeiro, intitulado *A instituição hospitalar e a Saúde no Brasil*, problematizamos e refletimos acerca da conformação dos hospitais e da Saúde, enquanto Política Pública no Brasil. O segundo item, chamado *Serviço Social e Saúde*, aborda a inserção dos assistentes sociais no espaço sócio-ocupacional da Saúde e particulariza a análise para a sua inserção em Hospitais de Alta Complexidade. Já no terceiro tópico, intitulado *Estratégias do Serviço Social na Alta Complexidade de Juiz de Fora/MG*, refletimos sobre o debate acerca das estratégias no Serviço Social, e as entrevistas realizadas com as assistentes sociais foram, então, transcritas e analisadas.

¹¹Nos tópicos desta tese foram utilizados conteúdos revisados e atualizados de artigos já publicados, bem como partes selecionadas da dissertação de mestrado defendida previamente pela autora.

2 A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR E A SAÚDE NO BRASIL

No presente capítulo, refletimos acerca da constituição histórica dos Hospitais e as particularidades da conformação da Saúde, enquanto uma Política Pública no Brasil.

Consideramos ser de suma importância a compreensão acerca da conformação sócio-histórica da instituição hospitalar e da Política de Saúde no nosso país, porque a estrutura médico-centrada relega as outras profissões a uma posição subordinada. Entender tal conformação exige uma reflexão mais profunda sobre a conformação das políticas de saúde, pois a hegemonia do saber médico influenciou diretamente a organização da assistência à Saúde e o próprio entendimento do que se entende como “saúde”.

2.1 A CONSTITUIÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Como nossa pesquisa de campo tem enquanto cenário os hospitais de alta complexidade localizados em Juiz de Fora/MG, faz-se necessário compreender a constituição histórica dessas instituições, que tinham por centralidade as práticas curativas. Os hospitais, historicamente, se constituíram enquanto um espaço que cura os “doentes”¹² enquanto a Saúde era entendida enquanto ausência de doenças. Os hospitais, conforme Mello (2012), expressam suas funções sociais, que se alteram, se modificam a depender da conjuntura social, política e econômica. Podemos inferir também que os hospitais, ao longo de sua história, se constituíram enquanto um elemento precípua para alcançar a integralidade no cuidado refletida de forma ampliada como uma parte de um ciclo maior que os indivíduos percorrem para ter a integralidade no que sua saúde necessita (Cecílio; Merhy, 2003).

Nas sociedades ditas primitivas, os “doentes” eram tratados por feiticeiros, bruxas, sacerdotes, pajés (Pires, 1998). Uma única pessoa se responsabilizava pela avaliação do doente, pelo diagnóstico e pela definição do tratamento que deveria ser aplicado. Esse ser, pode-se supor, era considerado um ser predestinado e tinha um

¹²Importa destacar que, nesta tese, os termos “doentes” e “pacientes” serão utilizados entre aspas, pois tais expressões não são utilizadas pelo Serviço Social e se remetem ao vocabulário utilizado na época.

dom para ser uma espécie de curandeiro nessas sociedades, em conformidade com Pires (1998).

Essas atividades curativas, na Idade Média, eram praticadas em sua maioria por homens. De acordo com Pires (1998), as mulheres que as desempenhavam eram vistas como feiticeiras e bruxas, devendo assim ser queimadas vivas, enquanto os homens tinham *status* por deterem conhecimentos relativos à cura de doenças e eram reconhecidos nessas sociedades.

Em conformidade com Pitanguy (1985), tanto a cura como os partos foram, tradicionalmente, atividades exercidas por mulheres, que tratavam os “doentes” com ervas e poções. Essas mulheres ganharam *status* de bruxas, e essas atividades passaram a ser identificadas como bruxarias. Ainda segundo a autora, a perseguição às bruxas foi iniciada pelas autoridades laicas e religiosas tomando fôlego com o discurso inquisitorial que institui as práticas punitivas ao corpo enquanto espetáculo público (Pitanguy, 1985). Com isso, diversas mulheres, tomadas como bruxas, foram levadas à fogueira e tiveram seus corpos queimados vivos.

De acordo com Pires (1998), existia, nesse período, uma prática de saúde exercida pelos leigos e pelos religiosos. Os religiosos eram enfermeiros, físicos, arquitetos, entre outros. Os físicos, segundo a autora, eram os médicos clínicos que se formaram nos mosteiros e que, posterior ao século X, se formaram nas universidades (Pires, 1998). Os leigos eram os dentistas, os barbeiros, os cirurgiões, os farmacêuticos. Pelo grau de profissionalização que leigos tinham, podemos considerar que atendiam às camadas mais pobres e desprovidas de renda, já os religiosos atendiam à alta da sociedade, às pessoas mais abastadas, segundo Pires (1998). Claramente, nesta divisão de trabalho, os leigos estão subordinados aos religiosos, porque o trabalho intelectualizado subordina as práticas manuais. Essa influência da religião foi predominante nesse período histórico, porque o corpo humano era entendido enquanto um templo de Deus, então, abri-lo era considerado um sacrilégio (Ministério da Saúde, 1965).

Sob a ótica de Pires (1998), a medicina clínica era considerada uma atividade intelectual, compreendida como superior às atividades desenvolvidas pelos dentistas, barbeiros, farmacêuticos. As faculdades médicas não só assumem a função de unidade formadora, mas também passam a ditar as atividades que os demais profissionais irão realizar. De acordo com a autora (1998), como os clínicos formados nas universidades (detentores do saber científico em Saúde) não estavam, naquele

período, em número suficiente para responder a todas as demandas da população, passou-se a reconhecer os ofícios em Saúde adequando as atividades que eles poderiam desenvolver. Ou seja, a medicina se constrói enquanto soberana e às demais profissões subordinadas às práticas médicas, numa relação completamente hierarquizada, em que o saber médico é o que mais importa no processo de assistência aos “doentes” (Pires, 1998).

O local onde os “doentes” eram atendidos correspondia às suas próprias casas independentemente do agente que estava ofertando o atendimento, assim como a assistência também podia ser realizada no ofício do dentista ou boticário, por exemplo, em conformidade com a mesma autora (1998).

A assistência hospitalar, até o século XVIII, era oferecida às camadas mais pobres e podemos inferir que a assistência era também de cunho religioso. A doença era vista como um castigo de Deus, e a recuperação dos “doentes” era entendida enquanto um momento de redenção, perdão aos pecados (Pires, 1998).

Conforme Moraes (2005), o médico ou o tratamento médico apenas adentrou no ambiente hospitalar a partir do século XVIII. A partir de então é que equipe médica e hospitais passam a formar uma associação unívoca, fato este que colocou os médicos como autoridade técnica e administrativa das instituições hospitalares (Moraes, 2005).

Segundo Foucault (1979)¹³, o hospital, além de uma instituição curativa, de assistência, também é uma instituição de exclusão e separação dos pobres, porque os pobres “doentes” representavam um perigo iminente a toda sociedade, devendo, então, serem apartados dela.

Assim, o hospital é compreendido enquanto uma instituição de assistência médica, mas também como uma instituição protetora dos perigos de contágio que a população pobre representava. Foucault (1979) aponta que nesse período o hospital era visto como o lugar da morte para onde os pobres eram levados para findar suas vidas. O hospital, então, era aquela instituição que fazia a transição da vida para a morte.

Conforme Braga Neto *et al.* (2012), a missão dos hospitais nesse período histórico não se voltava apenas para a cura dos “doentes”, assim como não apenas

¹³Foucault não tem por base o materialismo histórico-dialético, mas é um dos autores centrais para o debate sobre o surgimento da medicina moderna e a história dos hospitais. Por esse motivo, o utilizamos nesta tese.

ocupava o lugar da transição da vida para a morte. Eles, segundo os autores, também operavam como instituições de exclusão e separação social, pois nessa época a condição de miséria e de enfermo estavam associadas, dessa forma, os hospitais representavam um espaço de refúgio daqueles que precisavam de cuidados e que, por estarem “doentes”, representavam um perigo às comunidades (Braga Neto *et al.*, 2012)

O processo de alteração na concepção e organização dos hospitais ocorre na superação da ordem feudal pelo modo de produção capitalista. Segundo Pires (1998), é com a superação do feudalismo que os hospitais passam a ser instituições terapêuticas e de formação para os médicos. A medicina passa a ser hospitalar e, por assim ser, confere aos médicos o poder de definir quanto à sua organização, possibilitando a eles total controle sobre os processos e subordinando as demais profissões ao seu saber (Pires, 1998).

De acordo com Braga Neto *et al.* (2012), não cabia mais que as intervenções médicas ocorressem no domicílio dos “doentes”:

essa medicina exige um lugar próprio para isso, um espaço especificamente concebido e organizado com essa finalidade, espaço que funcione em conformidade e sob o controle médico. Essas são as circunstâncias em que a medicina se torna hospitalar e o hospital se medicaliza, circunstâncias essas que fundam o hospital modernos (Braga Neto *et al.*, 2012, p. 583).

A assistência em saúde passa, então, a ser centrada nos hospitais e é por haver esta centralização que se desenvolve o trabalho coletivo em Saúde. Em conformidade com Pires (1998), o controle do trabalho coletivo é exercido pelos médicos, que passam a delegar às outras profissões a execução de tarefas diversas. Segundo a autora, essas profissões detêm certa autonomia na condução das tarefas, mas elas acabam por ocorrer a partir do gerenciamento da equipe médica. Podemos citar um exemplo: os fisioterapeutas só intervêm junto aos usuários da Saúde se for através de pedido da equipe médica. A lógica capitalista de parcelamento das atividades atravessa, assim, a assistência em Saúde.

Tal assistência, apesar de resultar em um trabalho coletivo realizado por médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, é organizada de forma parcial, onde cada profissional desempenha seu papel junto aos “doentes”, dentro da sua “caixinha” e sob interferência total dos médicos. Conforme Pires (1998), os médicos interferem nas demais profissões e as tornam em menor ou maior grau dependentes de sua

intervenção. Podemos, então, inferir que o grau de autonomia das demais profissões está diretamente relacionado à correlação de forças que elas têm dentro das Unidades de Saúde, de acordo com Pires (1998). Assim como podemos dizer também que essas profissões de forma geral são subalternizadas aos médicos, porque a forma como a Saúde se desenhou coloca o saber médico como central para tratar e curar os usuários.

Concordamos com Carapinheiro (2005) quando expõe que os saberes são as âncoras das profissões. É o elemento base do poder exercido pelas profissões. Conforme a autora, foi na natureza do poder que emergiu a dominância dos médicos na divisão do trabalho em Saúde, subordinando todas as outras profissões a esse poder (2005). Nessa perspectiva o poder médico se produz e reproduz na história como saber central, e o conhecimento das demais profissões segue se produzindo e reproduzindo como saber periférico, e, nessa linha de raciocínio, a soberania do poder médico segue intacta, de acordo com a autora (2005).

Apesar de a organização do trabalho em Saúde acontecer de forma parcial e por especialidades, ainda se configura enquanto um trabalho coletivo. Trabalho esse que tem como objetivo central a terapêutica assistencial e tem como alvo pessoas “doentes” ou sadias, expostas ou não ao risco, necessitando de cura ou de práticas preventivas, tendo como produto final a assistência em si, que é produzida no mesmo momento que é consumida (Pires, 1998). Essa assistência, quando institucionalizada, envolve algumas atividades: “o diagnóstico ou identificação dos problemas; a decisão sobre o tratamento, a realização de procedimentos, a avaliação de resultados e a decisão de alta hospitalar ou conclusão da assistência” (Pires, 1998, p. 160). Essa assistência, na atualidade, é prestada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, entre outros. E para a assistência acontecer, também são necessários profissionais de apoio: serviços gerais, recepcionistas, vigilantes, entre outros.

Mas historicamente o poder médico vem se sobrepondo em uma relação hierárquica aos demais, assim como o trabalho em Saúde tem se construído de forma compartimentalizada, fragmentada, em que os próprios usuários são avaliados de maneira fracionada de acordo com a doença que os acomete, como se ter saúde fosse sinônimo de ausência de doenças. E essa sobreposição não se dá exclusivamente no espaço dos hospitais, ela ocorre em maior ou menor grau em qualquer Unidade de Saúde.

Os hospitais passam por transformações econômicas, sociais e políticas ao longo da história, conforme já expressamos anteriormente. Muito em virtude do alto grau de tecnologias disponíveis no pós-século XX, os hospitais se tornaram o centro do sistema de Saúde (Silva, 2016). Em virtude do reconhecimento social de que esse espaço poderia de fato curar os “doentes”, deixa de ser um espaço indesejado, devido ao seu vínculo com o findar da vida (Silva, 2016). E a cura não se relaciona apenas ao investimento em tecnologias-organizacionais, mas também a todos os profissionais de Saúde que trabalham diretamente na assistência. Com o avanço das complexidades em Saúde, temos também um investimento tecnológico nesta política para responder às inúmeras doenças que surgem e se complexificam, de modo que o aspecto curativo segue sendo central, conforme Silva (2016).

Segundo aponta o mesmo autor (2016), com o alto grau de tecnologia disponível a partir do século XX, os hospitais acabam por se tornar o centro do sistema de Saúde, configurando assim o modelo hospitalocêntrico¹⁴. Essas instituições tornam-se os lócus privilegiados de atuação dos médicos com uma prática que fragmenta o corpo em pedaços, com trabalhadores ramificados em especialidades, com uma assistência centralizada na doença e em sua cura. Em 1910, Abraham Flexner publicou um relatório para a educação médica que dividia o currículo entre disciplinas básicas e períodos dedicados à clínica. De acordo com Pagliosa e Ros (2008), o mérito positivo de Flexner está na incorporação de uma racionalidade científica, e, para o lado negativo, foi que, ao centrar sua atenção nos aspectos clínicos, desconsiderou outros fatores que incidem no processo saúde-doença dos usuários. Segundo os autores (Pagliosa; Ros, 2008, p. 496),

[...] a ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais a uma visão reducionista. Ao adotar o modelo saúde-doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões psicológica, econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos [...]

Em conformidade com Matos (2013)

[...] o exercício liberal da medicina nos consultórios e o trabalho no hospital são típicos do capitalismo: transforma de vez a atenção em saúde como uma prática de venda de serviços e fragmenta o exercício

¹⁴Concordamos com Braga Neto *et al.* (2012) que, nesse modelo, prevalecem práticas hospitalares e curativas em detrimento de práticas preventivas e extra-hospitalares.

profissional, ao mesmo tempo em que institui uma gerência de controle da força de trabalho (Matos, 2013, p. 45).

Com o advento desse modo de produção, a Saúde se constitui em uma prática de venda de serviços e a força de trabalho passa ser contratada e remunerada com salário. Desse modo, os trabalhadores da Saúde, de forma geral, são afetados por todas as transformações no mundo do trabalho.

Sinteticamente, podemos apontar que, com os hospitais, se constroem as bases do que, na contemporaneidade, se efetivam enquanto práticas de Saúde:

[...] adoção de um conhecimento absoluto, formal e abstrato detido pelo saber do médico; o hospital quase como referência exclusiva para a assistência à saúde; a parcialização do trabalho em saúde, sob gerência do médico; a medicalização excessiva para a assistência em saúde e um modelo biologizante de atenção à saúde (Matos, 2013, p. 50).

O trabalho coletivo em Saúde se conforma tendo por centralidade o trabalho dos médicos e o trabalho das demais profissões subjugadas a ele. Importa destacar que a medicina tem como objeto de trabalho a saúde entendida enquanto ausência de doença e sob o prisma do aspecto biológico. Percebemos claramente que a medicina ainda não entende a saúde sob a ótica biopsicossocial, que não a compreende de forma ampliada. Podemos inferir que essa compreensão restrita sobre a saúde incide na organização dos processos de trabalho nessa área, porque, sob esse entendimento, o saber das demais profissões acaba por ser desconsiderado no processo de cuidado, e o usuário segue sendo atendido na doença que lhe acomete. Sendo assim, os demais profissionais de saúde são desqualificados e secundarizados pelas práticas médicas. Compreender essas questões e a história dos hospitais requer de nós o entendimento sobre a conformação da política de saúde e das unidades hospitalares no Brasil, que será nossa discussão no tópico a seguir.

2.2 A CONSTITUIÇÃO DOS HOSPITAIS E DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, o desenvolvimento da política pública de Saúde mostra que, durante o período de sua colonização, a prática médica era dedicada às camadas mais nobres da sociedade, enquanto os escravos tinham suas necessidades em saúde atendidas por curandeiros (Silva, 2016). Com a chegada da corte portuguesa, problemas higiênicos e sanitários se multiplicaram, o que possibilitou a criação de escolas aptas

a formar profissionais que proveriam a colônia com médicos, cirurgiões (Schwarcz, 1993).

Somente após a independência do Brasil, em 1822, surgiram as primeiras faculdades de medicina. Entretanto, os surtos epidêmicos (que se ampliaram em meados do século XIX com as epidemias de cólera e febre amarela) encontraram o país desprovido de leitos hospitalares e profissionais habilitados para atender ao quantitativo enorme de “doentes” que precisavam de assistência médico-hospitalar (Moraes, 2005). Importa destacar que a assistência hospitalar brasileira era realizada, nesse período histórico, pelas Santas Casas de Misericórdia e pela filantropia em geral, de acordo com Moraes (2005).

Schwarcz (1993) aponta que as ideias de higiene e saneamento caminhavam juntas, porque uma tendência da medicina entendia a prática da higiene como uma forma revolucionária de atuar no cotidiano, de forma mais individualizada, enquanto aos médicos sanitaristas cabiam os grandes planos de atuação nos espaços públicos e privados, configurando, assim, as práticas médicas sanitaristas e higienistas.

Instaurou-se no Brasil a necessidade de limpar, sanear a nação, porque era necessário impedir o surgimento de novos surtos de doenças infectocontagiosas. Schwarcz (1993) aponta que o debate da raça foi inserido e apareceu em diversas proposições diagnósticas e em discussões sobre o futuro da nação, sinalizando a grande incidência desses tipos de doenças na população mestiça brasileira, que passou a ser classificada entre mestiços redimíveis e os absolutamente enfermos. Esses últimos, segundo a autora, desapareciam. As práticas eugênicas previam saídas apenas aos mestiços que poderiam encontrar remissão de suas doenças, aos demais, que não se enquadravam nos critérios de remissão, restava o desaparecimento, como sinaliza Schwarcz (1993).

Nesse período, foram criados hospitais e enfermarias, em caráter campanhista, para isolar e segregar os “doentes” das epidemias (Moraes, 2005). Esses hospitais e leitos continuaram suas atividades juntamente com as entidades filantrópicas, com os hospitais de ordens religiosas e com as clínicas privadas (que atendiam à população abastada). Eram essas as instituições que prestavam a assistência em saúde de acordo com Moraes (2005).

Os hospitais eram construídos em estrutura monobloco com vários pavimentos, seguindo o modelo dos Estados Unidos (Ministério da Saúde, 1965). Esse modelo de hospital garantia eficiência, além de economia. Com as epidemias, foi necessário

repensar esse modelo, para que diminuísse a possibilidade de contaminação nas enfermarias. Assim, os hospitais foram subdivididos em pavilhões (Ministério da Saúde, 1965).

Conforme Matos (2013), até 1920, aos pobres a assistência era realizada pelas Santas Casas de Misericórdia, já aos que podiam pagar eram oferecidas consultas médicas em suas próprias residências, enquanto a população pauperizada seguia sendo atendida por curandeiros. A partir de 1930, a oferta de leitos hospitalares foi ampliada, muito em virtude de a saúde se conformar enquanto uma política pública.

Com o capitalismo, os hospitais passam a ser entendidos enquanto um local de venda de serviços (Silva, 2016), como já expresse neste trabalho. De acordo com Matos (2013, p. 50),

[...] com o hospital estão dadas as bases de que até hoje conhecemos sobre as práticas em saúde nos serviços: adoção de um conhecimento absoluto, formal e abstrato detido pelo saber do médico; o hospital quase como uma referência exclusiva para a assistência à saúde, a parcialização do trabalho em saúde, sob gerência do médico; a medicalização excessiva para a assistência em saúde; e um modelo biologizante de atenção à saúde.

Esse modelo médico hegemônico conforma o modelo de atenção à saúde voltado à assistência curativa, conforma os atendimentos multiprofissionais, em que cada profissional realiza suas atividades sem ou com pouquíssima interdisciplinaridade. O que pode causar espanto é que todos esses profissionais dividem o mesmo espaço de trabalho: seja ele um hospital, uma unidade básica de saúde ou uma clínica, e, ainda assim, não são estabelecidos espaços ou momentos de trocas. E quando existem esses momentos, ainda são imperativas as discussões acerca da doença, dos exames, das suposições diagnósticas, ou seja, espaços estritamente clínicos e dominados pelo saber médico. Fica aqui a sensação de que o trabalho em saúde não é coletivo e, da forma como vem se desenhando, talvez, o trabalho efetivado na assistência direta aos usuários não seja mesmo.

Os profissionais de saúde, principalmente, inseridos em espaços definidos como de alta complexidade, como os hospitais, por exemplo, trabalham em regime de plantões. Em virtude desse regime, existem muitas trocas de plantões entre os profissionais, o que não facilita, em certa medida, o trabalho interdisciplinar. Entretanto, cabe aqui sinalizar que, mesmo se acontecer a manutenção da escala de todos os trabalhadores, ainda há desafios para a concretização da prática

interdisciplinar na saúde, porque partimos da compreensão de que a superação do trabalho multidisciplinar depende da organização de novos modelos de gestão e atenção.

Na atualidade é comum nos depararmos com o seguinte modelo de gestão: coordenadores ou chefes de categorias específicas. Exemplo: temos o Centro de Terapia Intensiva (CTI), existe um chefe do setor CTI, existe o chefe médico do CTI e a chefia da enfermagem. Conforme Cecílio e Merhy (2003), há um modo de coordenar apoiada diretamente na lógica das profissões, e essa lógica perpassa os processos de trabalho de outras categorias que atuam na assistência direta dos usuários internados.

Esse modelo de gestão pode garantir a integralidade do cuidado dos usuários? É possível garantir uma assistência interdisciplinar com esse modelo? Acreditamos nesse modelo imperam as práticas centradas no modelo curativista, em que não há qualquer ou pouquíssimo diálogo entre as equipes. Há, talvez, discussões entre os profissionais de uma mesma categoria, mas não há interdisciplinaridade, o que também não impede que práticas interdisciplinares aconteçam.

Cecílio e Merhy (2003) sinalizam que uma das estratégias para garantir uma gestão na lógica do cuidado é a criação de pontos de contato ou pontes entre as profissões que estão na assistência direta. Esses profissionais precisam estabelecer um diálogo entre eles para que o cuidado se efetive. Consideramos que a criação desses espaços de troca propicia as práticas interdisciplinares e acreditamos que é através também dessas práticas que podemos garantir um cuidado integral aos usuários da Política de Saúde. Acreditamos, assim como Guedes e Castro e Castro (2009), que os hospitais podem ser espaços que garantem a integralidade, a equidade da assistência, desde que essas unidades se comprometam também com a prevenção e a promoção da saúde e não centrem o cuidado na questão biológica-curativista.

Os hospitais, atualmente, no Brasil, são organizados de acordo com quatro características, em conformidade com Silva (2016, p.104):

a- segundo o porte dos estabelecimentos medido pela quantidade de leitos; b- pelo perfil assistencial (hospital de clínicas básicas, hospital geral, hospital especializado, hospital universitário e de ensino e pesquisa, c- o nível de complexidade das atividades; d- o papel do estabelecimento na rede de serviços (hospital local, regional, de referência estadual ou nacional).

O Ministério da Saúde brasileiro define que o

termo hospital se refere a um conjunto muito heterogêneo de estabelecimentos de saúde, unidades de diferentes portes, que podem oferecer uma variada gama de serviços e atividades e desempenhar funções muito distintas no âmbito da rede de atendimento à saúde. Entretanto, os estabelecimentos possuem uma característica em comum: a prestação de cuidados em saúde a pacientes internados em leitos hospitalares durante 24 horas do dia (Brasil, 2002a).

Já o manual de orientações para o cadastramento de hospitais – o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – define o hospital como

estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência e emergência e de ensino/pesquisa (Brasil, 2024).

Importa sinalizar que os hospitais, lócus de realização desse estudo, são de perfis variados, mas todos compõem instituições de alta complexidade no município de Juiz de Fora, conforme apresentaremos mais adiante nesta tese, bem como existem unidades eletivas e de atendimento à urgência e emergência, e um dos hospitais pesquisados é uma Unidade Universitária voltada também para atividades de ensino e pesquisa, como veremos mais adiante.

Complementar ao exposto e de extrema importância são os aspectos históricos que conformam o setor da Saúde no Brasil a partir do governo de Getúlio Vargas. Mas também é importante elucidar que o primeiro estabelecimento hospitalar foi inaugurado em 1543 – quando o Brasil ainda era colônia de Portugal –, a Santa Casa de Misericórdia. Já o segundo estabelecimento foi fundado em 1550, a Santa Casa de Salvador. Segundo Moraes (2005), ambos os estabelecimentos tinham por objetivo atender aos marinheiros e viajantes debilitados durante a travessia pelo Oceano Atlântico.

A atuação estatal na oferta de assistência médica até 1920 era praticamente inexistente, ano este que foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, que representou uma ação no sentido de ampliar as iniciativas públicas em relação aos problemas sanitários do país (Moraes, 2005). De acordo com a autora, a década de 1930 inaugura uma nova era na assistência à saúde no Brasil.

Ao assumir a presidência em 1930, Getúlio Vargas, aliado com a burguesia industrial com objetivo de conformar as condições para a acelerada implantação do

capitalismo urbano-industrial¹⁵ no Brasil, regulamenta direitos trabalhistas e constitui estratégias de enfrentamento às incipientes manifestações da questão social, combinando, dessa forma, coerção e consenso (Carvalho; Iamamoto, 2008).

Para atender às necessidades de reprodução da força de trabalho e responder aos problemas originados pela industrialização sem estar articulada à urbanização, Getúlio Vargas compõe algumas estruturas de atendimento na saúde, a partir da instituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)¹⁶. Conforme Escorel e Teixeira (2008), é com as Caixas de Aposentadoria que o país ensaia o que será a Previdência Social e, de acordo com Moraes (2005), com as CAPs a assistência médica hospitalar também apresentou aumento.

Em conformidade com Souza Filho (2013, p. 103)

[...] a intervenção estatal caracterizou-se pelo início da estruturação do chamado Estado desenvolvimentista [...] No Brasil, foi o Estado, que, a partir de 1930, impulsionou e estimulou o processo de desenvolvimento urbano-industrial e, em consequência, a ampliação das relações capitalistas, através do processo de industrialização restringida.

A “questão social” que era tratada, neste período, como caso de polícia ganha uma nova tonalidade. A elite percebe que responder às manifestações da “questão social” de forma coercitiva não bastava mais. “Tornava-se, então, necessário responder às demandas aceitáveis da movimentação operária, as que não ameaçassem à dominação da oligarquia” (Bravo, 2013a, p. 121).

Segundo Pires (1998), em 1930, foi criado o Ministério de Educação e Saúde e, somente na década de 1950, surge o Ministério da Saúde centrando suas ações na coletividade e com cunho preventivo. De acordo com a autora, os hospitais são espaços terapêuticos e de ensino que vão se consolidando na medida que novas tecnologias são incorporadas aos processos de trabalho da assistência direta aos usuários da Política de Saúde (Pires, 1998).

¹⁵Importa destacar que as iniciativas de urbanização e de modernização dos centros urbanos têm seu início na virada do século XX, tendo como gestor Pereira Passos (1906), com uma proposta higienista, quando o então prefeito do Rio de Janeiro construiu e alargou ruas com vistas a urbanizar a cidade, que ficou conhecida após as reformas como Cidade Maravilhosa (Pereira, 2009), desalojando diversas famílias e as fazendo migrar do Centro para a periferia.

¹⁶As Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) são, conforme Escorel e Teixeira (2008), fundos compostos por contribuições dos trabalhadores, das empresas e dos consumidores de serviços das empresas e possuíam participação tripartite – Estado, patrões e empregados. Foram criadas a partir da Lei Eloy Chaves, em 1923, e se configuram como sendo um seguro social.

A partir de 1933, o governo de Getúlio Vargas iniciou a transformação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) (Escorel; Teixeira, 2008). Os serviços médicos continuaram nos institutos, mas os trabalhadores passaram a ser atendidos em conformidade com a sua categoria profissional: ferroviários, bancários, entre outros. Tanto as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) como os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) atendiam somente aos trabalhadores que possuíam vínculo empregatício, a população que não o possuía tinha que contar com a caridade da Igreja, através das ações sociais de caráter curativo (Escorel; Teixeira, 2008).

Nesse momento histórico, o modelo de saúde inaugurado é o da Medicina Previdenciária, em que somente os trabalhadores com vínculo empregatício tinham acesso a ele. Esse fato demonstra que os atendimentos prestados à população possuem um caráter pontual, já que não atendem a todos os cidadãos, qualificando o que Santos (1979) considera como cidadania regulada¹⁷, configurando, assim, a dinâmica de um Estado corporativista que passa a ideia que está acima das classes sociais, onde não há participação alguma da sociedade civil (Carvalho; Iamamoto, 2008).

Em 1930 tivemos a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), mas cabe expor que esse ministério somente iniciou sua institucionalização em 1934 com a entrada de Gustavo Capanema, um pouco antes da implantação do Estado Novo por Getúlio Vargas, em 1937 (Escorel; Teixeira, 2008). Ao assumir o Ministério, Gustavo implantou a Reforma Capanema, que visava a uma ampla reformulação da Educação e da Saúde Pública. Na área da saúde, o Departamento Nacional de Saúde passou a se chamar Departamento Nacional da Saúde e Assistência Médico-Social, e foram criadas as Conferências Nacionais de Saúde, em conformidade com os autores mencionados anteriormente.

No governo de Getúlio Vargas, podemos perceber de forma clara a dicotomia existente entre a Saúde Pública e a Saúde Individual. A Saúde Pública direcionava-se ao controle de endemias que atingiam toda a sociedade, e a assistência médica

¹⁷Compreendemos por cidadania regulada o fato de os direitos dos cidadãos serem assegurados ou não a eles através da assinatura de sua carteira de trabalho, de acordo com Santos (1979). Dessa forma, eram considerados cidadãos aqueles que estavam inseridos nos processos produtivos formais.

individual concentrava-se no atendimento dos trabalhadores “doentes” (Escorel; Teixeira, 2008).

A partir de 1945, a ditadura inaugurada com o Estado Novo passa a sofrer questionamentos, e, somadas a eles, iniciam-se manifestações defendendo a redemocratização do Brasil. Devido a essas manifestações, Getúlio decretou a anistia aos presos políticos, mas o então presidente foi deposto, e assumiu o governo o General Eurico Gaspar Dutra, em conformidade com Koshiba e Pereira (1996).

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde traz uma definição da saúde, compreendendo-a como um completo bem-estar físico, mental e social. Essa compreensão acerca do

conceito de saúde a partir de uma leitura biopsicossocial significou um avanço no entendimento de que o indivíduo não se limitava apenas à dimensão biológica, tampouco que a medicina é a única profissão voltada a recuperação e à garantia de saúde da população. Instaurou-se um olhar multidisciplinar para o processo saúde-doença, o que pressupunha a atuação de vários profissionais na viabilização das políticas de saúde (Cavalcanti; Zucco, 2006, p. 68).

Nesse período, o governo lançou o Plano SALTE, que nada mais era que um plano de metas visando a integrar ações entre quatro políticas intersetoriais: Saúde, Alimentação, Transporte e Energia. Segundo Escorel e Teixeira (2008), o maior montante de recursos previsto no plano era para a Política de Transporte, com 57%, e as demais políticas com 16%.

Em 1951, iniciaram-se as eleições para a presidência, e tivemos Getúlio Vargas novamente como presidente do Brasil. Getúlio inicia, então, uma política voltada para nacional-desenvolvimentismo. No campo da Saúde Pública, uma corrente começa a ganhar força: o Sanitarismo Desenvolvimentista, que foi adotada como orientação pelo Ministério até o golpe de 1964. Importa ressaltar que foi nesse período histórico que fora criado o Ministério da Saúde independente do Ministério da Educação.

O segundo governo Vargas também sofreu com a oposição, que pressionava para que o presidente renunciasse e, em 1954, Getúlio se suicidou (Koshiba; Pereira, 1996). Desde o suicídio até 1956, três presidentes sucederam a Vargas até que Juscelino Kubitschek foi eleito com o apoio dos getulistas.

De acordo com Fernandes (1981), foi a partir da década de 1950 que assistimos no Brasil a entrada do capitalismo monopolista. Conforme Bravo (2013), essa entrada foi marcada pela crescente intervenção estatal tanto na regulação como

na execução dos mecanismos de acumulação capitalista. Ainda segundo a autora, a gestão de Kubitscheck valorizou mais a política econômica que a política social – esta manteve o que herdou do Governo Vargas (Bravo, 2013a).

O governo Kubitscheck inaugurou o período desenvolvimentista com seu plano de 31 metas, entre elas Energia, Transporte e a construção de uma nova capital. Essa política desenvolvimentista iniciada por Kubitscheck se baseava na utilização do Estado como ferramenta coordenadora do desenvolvimento, estimulando, dessa forma, o empresariado nacional, bem como criando um clima favorável para entrada do capital estrangeiro, seja por meio de empréstimos, ou através de investimentos diretos.

Essa concepção de desenvolvimento do país atrelado ao crescimento econômico credita à industrialização esse papel salvífico de recuperação do atraso econômico do país, assim como credita-se a ela a eliminação, a superação da pobreza e da miséria (Cardoso e Faletto, 1976). Entretanto, o desenvolvimentismo na verdade acirra as desigualdades sociais a partir da concentração da riqueza nacional.

Entre os anos 1955 e 1960, JK criou a Operação Pan-Americana (OPA) com o objetivo de reestabelecer e redefinir as relações com os Estados Unidos e a América Latina (Koshiba; Pereira, 1996). Nesse contexto, é criada a Lei Orgânica da Previdência Social, que uniformizou os direitos garantidos pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS) e limitou a participação da União, que seria responsável pelos gastos administrativos e com recursos humanos (Escorel; Teixeira, 2008).

Em 1961, tivemos nova eleição para a presidência, e Jânio Quadros se elegeu, mas renunciou, assumindo, então, João Goulart. Já em 1962, temos o XV Congresso de Higiene, onde foi apresentado pelo então ministro da saúde, Souto Maior, um conceito ampliado de saúde, que compreendia a Saúde como as condições globais de trabalho. Em 1963, ocorre a III Conferência Nacional de Saúde, que apresentou a proposta da Municipalização, em que cada município seria responsável por seus serviços de saúde. De acordo com Escorel e Teixeira (2008), essa proposta conformou um novo projeto sanitário, que expressa a aproximação do setor saúde com os aspectos descentralizadores. De acordo com Bravo (2013b), Essa Conferência foi uma das mais significativas da década de 1960, porque nela se conformou uma ideologia de saúde pautada no desenvolvimento econômico,

submetida à produtividade e à distribuição de riquezas, na racionalização do planejamento, visualizadas como fontes de saúde.

Ainda segundo a autora, desde a década de 1950, a estrutura privatizada de atendimento hospitalar já estava montada e apontava na direção da conformação das empresas médicas (Bravo, 2013b). Mas cabe ressaltar que, até 1964, a assistência médica era prestada basicamente pelos serviços dos Institutos, e que essa situação apenas será modificada a partir da instauração da Ditadura Militar, em 1964 (Bravo, 2013b).

Em um cenário de intensa crise e muitas manifestações, inicia-se no Brasil, em 1964, um período de repressão política. O então presidente, João Goulart, fora deposto através de um golpe militar, e iniciou-se o período que Fernandes (1981) denomina “autocracia burguesa”. Esse autor compreende que o Estado em conjunto com o capital monopolista incentiva a acumulação de capitais e a produção.

Em conformidade com Bravo (1996), o Estado Ditatorial baseou suas ações no binômio repressão-assistência, reprimindo a sociedade civil e garantindo sua regulação e diminuição das tensões a partir da ampliação da assistência, assegurando, assim, a expansão de capital.

E foi esse Estado

[...] que consolidou o Sistema Brasileiro de Proteção Social, até então um conjunto disperso, fragmentado, com reduzidos índices de cobertura e fragilmente financiado de iniciativas governamentais na área social. Esta forma de Estado moldou uma das principais características institucionais do Sistema brasileiro: sua centralização financeira e administrativa [...] Tal formato institucional era compatível com o tipo de Estado vigente durante a ditadura militar, para o qual estados e municípios eram agentes da expansão do Estado e da execução local de políticas centralmente formuladas (Arretche, 1999, p. 3).

Na Saúde, foi privilegiada a expansão do setor privado, possibilitando a privatização do setor. Segundo Bravo (1996), nessa lógica as doenças que atingiam majoritariamente a população ficaram a cargo do Ministério da Saúde, já os atendimentos individuais eram atendidos nos Institutos.

Na primeira década da ditadura, uma das primeiras medidas na Saúde

foi a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que significou a centralização administrativa e financeira e a uniformização dos

benefícios para todos os trabalhadores segurados (Escorel, 2012, p. 326).

Tal unificação expressa o primeiro passo à universalização dos serviços de saúde. Porém o que pode ser verificado é que esse padrão de universalização vem acompanhado da baixa qualidade dos serviços prestados, devido ao aumento do número de pessoas atendidas sem a devida alocação de recursos para abarcar a magnitude de atendimentos prestados (Vianna, 2000). Devido a isso, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) passou a comprar serviços privados através das Unidades de Serviços – como, por exemplo, serviços laboratoriais –, vinculando, assim, a Saúde ao setor financeiro (Escorel, 2012).

Nesse período histórico, criou-se um complexo médico-industrial “responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área da produção de medicamentos e de equipamentos médicos” (Bravo, 2013b, p. 94), demonstrando o quanto a Saúde corrobora para a acumulação capitalista.

No contexto externo, terminam os “anos de ouro do capital”¹⁸, no final da década de 1960 e início da década de 1970. Podemos relacionar tal encerramento a dois fatores: à desvinculação do dólar do ouro e o segundo à crise do petróleo (Netto; Braz, 2006). A resposta capitalista a essa “onda longa recessiva” (Mandel, 1982) está organizada sob o seguinte tripé: “reestruturação produtiva, financeirização e a ideologia neoliberal” (Netto; Braz, 2006, p. 214). Em conformidade com Antunes (1996),

grande salto tecnológico que vivenciou uma revolução técnica dentro do capitalismo, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento das forças produtivas, e esse enorme salto tecnológico, de que a automação, a robótica, a micro-eletrônica são expressões por excelência, fez com que [...] a lógica taylorista de organização do trabalho, deixasse de ser o único modelo dominante no processo de trabalho [...] (Antunes, 1996, p. 79).

Já a reestruturação produtiva tem na acumulação flexível sua mais ampla expressão. De acordo com Harvey (1996), a acumulação flexível

se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo

¹⁸Esse período também é conhecido como as três décadas gloriosas que marcam a onda longa expansiva do capital marcado por altas taxas de lucros e crescimento econômico (Netto; Braz, 2006).

surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões de desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas, criando, por exemplo, um vasto movimento no emprego do chamado “setor de serviços”, bem como conjuntos industriais completamente novos em regiões até então subdesenvolvidas [...] (Harvey, 1996, p. 140).

Além de flexibilizar os processos de trabalho, também foram flexibilizados os direitos trabalhistas. O mercado de trabalho também passou por uma intensa reestruturação. De acordo com Harvey (1996),

diante da forte volatilidade do mercado, do aumento da competição e do estreitamento das margens de lucro, os patrões tiraram proveito do enfraquecimento do poder sindical e da grande quantidade de mão excedente (desempregados ou subempregados) para impor regimes e contratos de trabalho mais flexíveis [...] Mais importante do que isso é a aparente redução do emprego regular em favor do crescente uso do trabalho em tempo parcial, temporário ou subcontratados (Harvey, 1996, p. 143).

Outra expressão dessa precarização do trabalho está no contingente cada vez maior de trabalhadores desempregados, em trabalhos temporários, parciais, subempregados.

Com o objetivo de alcançar seus objetivos, o capital difunde um conjunto ideológico sob a designação de neoliberalismo (Netto; Braz, 2006). Esses autores compreendem que

o que se pode denominar ideologia neoliberal compreende uma concepção de homem (considerado atomisticamente como possessivo, competitivo e calculista), uma concepção de sociedade (tomada como um agregado fortuito, meio de um indivíduo realizar seus propósitos privados) fundada na idéia de natural e necessária desigualdade entre os homens e uma noção rasteira de liberdade (vista como função da liberdade de mercado) [...] (Netto; Braz, 2006, p. 226).

O Estado, podemos inferir, foi o primeiro alvo dos neoliberais. Conforme afirma Netto (2007a), o Estado é apresentado como um trambolho anacrônico que necessita ser reformado. Entretanto, tal reforma não é operada no sentido da ampliação de direitos, mas sim de maneira a restringi-los, eliminá-los. Devido a isso, alguns autores defendem que na verdade o que temos é uma Contrarreforma do Estado, como

apontam Behring e Boschetti (2008). Como podemos verificar, tal termo é reforçado por uma das autoras na citação que segue:

um salto para trás, sem o sentido da ampliação das possibilidades de autonomia ou de inclusão de segmentos no circuito “moderno”, diferente das transformações estruturais anteriores, apesar dos limites também destas últimas. Este retrocesso é o que configura uma Contra-Reforma onde há quebra de condições historicamente construídas e efetivas reformas, dentro de um processo mais amplo de profundas transformações (Behring, 2002, p. 6).

A ofensiva neoliberal entra no Brasil a partir dos anos 1970, momento no qual o Brasil não tinha ainda condições financeiras para operar as medidas de ajustes. O país passava pelo momento de distensão política sob o governo Geisel, que conduziu a abertura política de forma lenta e gradual (Koshiba; Pereira, 1996).

Nesse contexto de abertura política, diversos movimentos sociais entraram em cena, expressando-se contrariamente à ditadura: movimento estudantil, movimento feminino pedindo anistia, movimento operário, entre outros (Bravo, 1996).

A crise econômica e de legitimação do governo impôs a necessidade de reformas na Saúde. Com isso foi implantado o II Plano Nacional de desenvolvimento com foco na Política de Saúde, e em 1974 foi fundado o Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Conselho de Desenvolvimento Social (CNS) (Escorel, 2008).

Em conformidade com Bravo (1996), foi criado o Fundo de Apoio Social ao Desenvolvimento (FAS), em que o montante de recursos era destinado à Saúde e à previdência. Importa destacar que 20,5% dos recursos eram destinados ao setor público, enquanto 79,5% eram destinados ao setor privado (Bravo, 1996).

Segundo Bravo (1996), após os anos 1974, desenvolveram-se outras ações no setor da Saúde, como o Plano de Pronta Ação, que teve por objetivo universalizar os atendimentos em emergência para todos os cidadãos e não apenas aqueles que possuíam carteira assinada. Esse plano também

estipulava regras para a prestação de serviços médicos previdenciários, estabelecendo as atribuições de cada segmento. Aos hospitais próprios da Previdência reservava o atendimento altamente especializado, a pesquisa e o aperfeiçoamento; a assistência médica em geral deveria ser ampliada mediante o incentivo aos convênios com empresas, com outras instâncias da União ou com os governos estaduais e municipais, e, ainda através do credenciamento maciço de médicos particulares ou de contratos de serviços com cooperativas médicas [...] O Estado sinalizava, agora com absoluta clareza, em

dupla direção: a universalização do sistema público e a transferência de funções para a iniciativa privada (Oliveira; Fleury Teixeira *apud* Vianna, 2000, p. 149).

Dessa forma, foi no governo militar que se inaugurou o modelo público-privado. O Estado passou a adquirir serviços privados- contratando hospitais e clínicas como uma forma de modernizar a medicina previdenciária, atrelando assim a proteção social à privatização (Vianna, 2000). Ainda nessa linha, em 1978, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que, apesar de ser configurado como um sistema universalizado de atendimento em saúde, expressa, na realidade, o processo de privatização desse atendimento, de acordo com Bravo (1996).

É importante destacar que nesse período histórico a crítica ao modelo hospitalocêntrico ganha maior visibilidade e radicalidade com a declaração final da Conferência Internacional de Atenção Primária, em Alma-Ata, em 1978. Podemos afirmar, em concordância com Barbosa e Oliveira *et al.* (2012), que, no âmbito da assistência médico-hospitalar e da gestão dos hospitais, temos duas grandes vertentes: uma atrelada à preocupação de ordem econômica relacionada ao controle com os gastos sanitários com propostas de racionalização dos serviços e em sua modernização. Já a segunda vertente está articulada a um novo modelo de organização do cuidado em saúde, no qual a atenção primária deve ser o centro do sistema de saúde em vez da assistência hospitalar (Barbosa; Oliveira *et al.*, 2012).

Na Saúde emergiu, durante o governo Geisel, o Movimento Sanitário nos meados da década de 1970, quando ocorreram encontros e produções teóricas sobre a saúde coletiva (Bravo, 1996). Em conformidade com Bravo (1996),

esses encontros tiveram um grande estimulador e articulador o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), entidade civil criada em 1967. A finalidade do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) foi gerar correntes de ideias que defendessem a saúde coletiva, produzir conhecimentos sobre a saúde da população; articular esses conhecimentos e demais produções da área com uma prática política, concreta (Bravo, 1996, p. 58).

A concepção de saúde do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira partia da determinação social da doença, refletindo “além do acesso aos serviços de saúde propriamente ditos, enfatizando as determinações inerentes às relações sociais capitalistas, marcadas pela desigualdade, adversas a uma vida saudável” (Rosado, Freitas, 2020, p. 371). Partimos da concepção de que as relações sociais forjadas no

modo de produção capitalista incidem nos processos de saúde e adoecimento dos sujeitos,

de modo que, é fundamental compreender o processo saúde-doença-cuidado sustentado na concepção da determinação social, pois a depender de qual classe social o sujeito pertença, esta será uma determinação fundamental que influenciará em suas formas de adoecimento, assim, como o acesso ou não aos bens e serviços produzidos pela humanidade que influenciam diretamente na saúde e na qualidade de vida (Silva, 2021, p. 137-138).

No final do período ditatorial, o movimento pela democratização da saúde ampliou-se e ganhou novos atores: residentes, profissionais da saúde, integrantes do Movimento Sanitário, movimentos sociais, entre outros (Bravo, 1996). Nesse amplo contexto de mobilizações sociais, surgiu a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), “que progressivamente passará a ocupar um espaço de mobilização da prática acadêmica em torno da crítica do modelo assistencial e das propostas de sua reorganização e construção do Sistema Único de Saúde” (Mendonça; Teixeira, 1996, p. 216). Somado a esse movimento, iniciou-se o Movimento pelas Diretas Já, exigindo eleições diretas no Brasil, e, então, abriu-se o processo de redemocratização brasileiro, cujo marco foi a Assembleia Constituinte, que culminou com a aprovação da Constituição Federal de 1988.

Entretanto, antes de refletirmos sobre a Constituição Federal, é necessário apontar um evento de suma importância ocorrido nesse período de transição na Saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986. Bravo (2013b) sinaliza três pontos presentes nas temáticas da Conferência: “I- a saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania, II- reformulação do Sistema Nacional de Saúde e III- financiamento setorial” (Bravo, 2013b, p. 96). A autora sinaliza que

[...] o conceito de saúde e a necessidade de reestruturação do setor com a criação do Sistema Único de Saúde que efetivamente representasse a construção de um novo arcabouço institucional separando saúde da assistência, com estatização progressiva através de uma ampla reforma Sanitária, fora avançado na perspectiva de acumular forças para a efetivação dessa reforma [...] (Bravo, 1996, p. 88).

A partir da VIII Conferência, a sociedade iniciou uma mobilização no sentido de que as propostas realizadas nela fossem incorporadas na Constituição Federal de 1988. Assim sendo, o governo implantou, em 1987, o Sistema Unificado e

Descentralizado de Saúde (SUDS), que foi uma das propostas da Conferência, visando a descentralização dos serviços de saúde (Escorel, 2008).

De acordo com Bravo (2013b), o processo constituinte se configurou em uma arena de conflitos entre projetos opostos para o setor Saúde: Setor Privado (representado pela Federação Brasileira de Hospitais) e Reforma Sanitária, representada pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte. Após amplos debates, é promulgada a Constituição Federal de 1988. Nela, incorporou-se a concepção de Seguridade Social, que representa um sistema de proteção social com ampliação dos direitos, mas possui características ambíguas em sua regulamentação.

De acordo com Boschetti (2004), um dos elementos que podem caracterizar essa ambiguidade está no fato de se conformar como um sistema que conjuga “direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência), com direitos de caráter universal (Saúde) e direitos seletivos (Assistência Social)” (Boschetti, 2004, p.113-114). A Constituição prevê, em relação à Saúde:

Cap. II. Da Seguridade Social brasileira

Art.194 – A seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Art.196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado [...]

Art. 200 – Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei Sistema Único de Saúde – SUS – Leis 8080, de 19 de setembro de 1990 e Lei 8142, de 28 de setembro de 1990 (Brasil, 1988).

A concepção ampliada de Saúde está inscrita na Constituição Federal de 1988, e regulamentada pela Lei Orgânica de Saúde nº 8080/90 e pela Lei nº 8142/90, que versa sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), que reconhece os fatores biológicos inerentes à saúde, defendendo que a saúde resulta, dentre outros aspectos, “das condições de alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais” (Rosado; Freitas, 2020, p. 373).

Acreditamos e concordamos com Silva (2021) que é exatamente por expressar uma concepção emancipatória de Saúde e direito social que o Sistema Único de Saúde (SUS) se torna alvo de ofensivas desde sua formação. Porque, no modo de produção capitalista, é necessário que tudo seja mercadoria para que o capital extraia lucro e mais valia. Então, a saúde se torna uma mercadoria, que se materializa, por

exemplo, na medicalização da vida, na compra e venda de equipamentos de saúde, na incorporação de novas tecnologias, na compra de serviços de saúde, entre outros.

É importante ressaltar que o Sistema Único de Saúde (SUS) é regido pelos princípios de descentralização, regionalização, hierarquização dos serviços, universalização e integralidade, além de enfatizar o controle social e a participação como elementos essenciais da gestão.

O princípio da universalização estabelece que todos os cidadãos têm direito ao acesso igualitário aos serviços de saúde. O princípio da integralidade determina que as ações de saúde devem ser implementadas de forma integrada em todos os níveis de complexidade, visando atender à população de forma abrangente. O princípio da descentralização propõe que os governos estaduais e municipais tenham maior autonomia na implementação dos serviços de saúde, com atribuições específicas para cada nível de governo. Assim sendo, “[...] é preciso definir os serviços por níveis de atenção (hierarquização) e distribuí-los geograficamente (regionalização) [...]” (Lima; Machado; Noronha, 2008).

E a participação da comunidade prevê que, através dos Conselhos e das Conferências de Saúde, a população possa participar nas instâncias de decisão sobre as questões de saúde.

Na década de 1980, a descentralização e universalização dos serviços de saúde já estavam na agenda governamental, conforme apontado por Arretche (2000). No entanto, a autora problematiza os limites e as formas dessa descentralização, considerando as disputas impostas pela ofensiva neoliberal.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, definiu-se que cada nível de governo teria suas atribuições para contribuir com um novo pacto federativo. Em conformidade com a autora,

Ao governo federal caberia o papel de formulação e condução da Política Nacional de Saúde, aos Estados caberia um conjunto de funções de gestão, coordenação, controle e elaboração, além da prestação de alguns serviços de saúde, em coordenação com alguns níveis. Finalmente, aos municípios caberia o planejamento, a gestão, a coordenação do plano municipal de saúde, bem como a execução de serviços e ações básicas (Arretche, 2000, p. 202).

No entanto, a distribuição de funções, quando ocorre, é influenciada pelos interesses do capital privado, direcionando a descentralização para outra direção. A descentralização pretendida pela Reforma na saúde incluía transferir para os

governos locais (estados e municípios) as funções de gestão dos atos e procedimentos médicos do setor público e privado, transferir para os municípios a maior parte dos atendimentos básicos em saúde e transferir para os estados e municípios as atividades de vigilância sanitária e epidemiológica (Arretche, 2000).

Importa destacar que o Sistema Único de Saúde é organizado por níveis de atenção: primária, secundária e terciária. A atenção primária tem suas ações focadas na prevenção de doenças. É considerada como sendo um nível de complexidade baixo para os quadros de saúde e tem seus atendimentos realizados nos Postos de Saúde, Unidades básicas de saúde. Na atenção secundária, temos médicos especializados, porque atendem a um nível de complexidade de saúde intermediário. Os atendimentos ocorrem nas Unidades de Pronto Atendimento, por exemplo. Já a atenção terciária centra suas ações em hospitais de grande porte, nos quais realizam-se cirurgias, hemodiálises, transplantes, e atendem a quadros de saúde de alta complexidade. Nesse nível de atenção, é onde se situam as Unidades Terciárias, os hospitais, ou seja, é no nível de atenção de alta complexidade que se centra a discussão desta tese. Essa divisão por níveis de atenção foi uma proposta realizada pela Organização Mundial da Saúde, visando ao atendimento integral dos sujeitos.

A atenção primária é considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Entretanto, também é possível dizer que as unidades de Urgência de Emergência são também essas portas, visto que muitos usuários do Sistema Único de Saúde se internam nas Unidades Secundárias sem nunca terem sido atendidos nas Unidades Básicas de Saúde. Percebemos, no miúdo da realidade, que a divisão por níveis de complexidade organiza o SUS, mas não consegue alcançar a integralidade das ações e a articulação entre os três níveis, o que impede que os níveis de atenção consigam alcançar seus respectivos objetivos.

Os hospitais, muito em virtude da prevalência do modelo hospitalocêntrico, seguem sendo o coração do SUS, assumindo função central nesse sistema. Essa centralidade na atenção hospitalar apresenta como resultado a superlotação dos leitos de urgência e emergência, combinada com uma tendência à diminuição no número de leitos hospitalares.

Ainda que o Sistema Único de Saúde expresse, talvez, um dos maiores direitos conquistados pela classe trabalhadora brasileira, ele está muito longe de materializar-se em conformidade com os princípios e as diretrizes defendidas pelo Movimento pela Reforma Sanitária. O que se apresenta à sociedade é um sistema que, nos termos de

Soares (2010), tem uma ampliação restrita que se expande, mas de forma centralizada, focalizada e que não consegue atender às demandas de forma universal, que tem suas ações voltadas à assistencialização e focadas nos indivíduos, em práticas curativas, emergenciais, e fomenta a promoção da saúde de forma restrita, com foco na responsabilização dos indivíduos por sua cura e por seu adoecimento. Um sistema que, apesar de se dizer apropriado de um conceito ampliado de saúde, reitera ações medicalocêntricas e biologizantes; que diz defender uma saúde pública, universal, mas reitera uma saúde mercantilizada, privatizada. Esse é o SUS (de alguns), já que não é de todos, que se materializa no nosso Brasil!

2.3 O DESMONTE DA POLÍTICA DE SAÚDE DO BRASIL E O IMPACTO NA ATENÇÃO HOSPITALAR ATÉ O GOVERNO BOLSONARO

Conforme o exposto no tópico anterior, houve avanços na saúde, que passou a ser compreendida em seu sentido ampliado, bem como existiram avanços em seus marcos legais, com a Constituição Federal do Brasil e com a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080).

Todavia importa destacar que, no contexto de aprovação da Constituição Federal de 1988, o Brasil “se tornou signatário do acordo firmado com os organismos internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), por meio das orientações contidas no consenso de Washington” (Couto, 2010, p. 144).

O Consenso de Washington expressa medidas de ajuste fiscal, impondo um formato de organização dos Estados. É proposto que a proteção social seja desvinculada do Estado, passando, então, a ser gerida pela iniciativa privada (Couto, 2010).

Usamos a indagação de Soares (2010) para pensar a Política de Saúde nesse contexto tão grande de retrocessos: Como, então,

estruturar um sistema de saúde democrático, universal, público e de qualidade a partir de um Estado que traz características fortemente autocráticas, com vínculos estreitos com os interesses privados da burguesia nacional e internacional, numa situação de profunda subordinação aos países de capitalismo central – mediada pela forte influência do FMI e do Banco Mundial [...]? (Soares, 2010, p. 39).

A autora Bravo (2013b) destaca que, no final da década de 1980, havia incertezas em relação à implementação do projeto de Reforma Sanitária, devido à

ineficácia do setor público, às tensões entre os profissionais da saúde, à redução do apoio popular pela falta de resultados concretos e reorganização dos setores conservadores contrários à reforma, entre outros fatores.

Em conformidade com Boschetti (2004),

além dos limites intrínsecos ao modelo constitucionalmente estabelecido, a seguridade social vem sofrendo um processo contínuo de desmantelamento desde sua criação. No âmbito da saúde, apesar do avanço que significou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), este está sofrendo um processo contínuo de dilapidação, e a baixa qualidade dos serviços cria uma opinião favorável à redução e até extinção da saúde pública e universal. Por sua vez, a regulamentação dos planos privados de saúde, em franca expansão, por sua vez, esvazia o SUS, onera os usuários, mercantiliza a saúde e favorece os empresários do setor (Piola *apud* Boschetti, 2004, p. 116).

Diante dessa dicotomia entre saúde pública e saúde privada, Menicutti (2006) defende a ideia de que no Brasil existe um sistema de saúde dual, composto por um segmento público-estatal e pelo setor privado. Essa autora questiona as questões relacionadas à configuração da rede de serviços e à forma como os usuários são atendidos nos dois segmentos.

Nesse contexto, ocorreram as primeiras eleições diretas para a presidência em 1989, e Fernando Collor de Melo foi eleito. A primeira medida econômica adotada por seu governo foi o lançamento do Plano Collor, com o objetivo de “acabar com a inflação”. Embora a inflação tenha inicialmente cedido, logo voltou a apresentar números expressivos, levando o governo a implementar o Plano Collor II, que congelou preços e salários, mas também falhou (Koshiba; Pereira, 1996).

Após um amplo movimento social devido ao fracasso do Plano Collor e às denúncias de corrupção, Collor sofreu impeachment em 1992, e seu vice, Itamar Franco, assumiu a presidência do Brasil. Em 1993, o governo de Itamar Franco indicou Fernando Henrique Cardoso para o Ministério da Fazenda, e, em 1994, foi lançado o Plano Real, que se baseava em uma reforma monetária e em medidas de ajuste fiscal, sendo a criação de uma nova moeda, o real, seu carro-chefe.

Devido ao aparente sucesso do Plano Real em promover a estabilização da moeda, embora a um custo perverso para o país, o Partido da Frente Liberal (PFL) lançou Fernando Henrique Cardoso como candidato à presidência. Ele assumiu a liderança do país nesse mesmo ano e permaneceu no cargo por dois mandatos consecutivos.

No início do governo de Fernando Henrique Cardoso (1994 a 2002), houve uma disseminação no Brasil das campanhas em prol de reformas alinhadas ao Consenso de Washington (1989), que implementaram medidas de ajuste estrutural (Duriguetto, 2007).

Na década de 1990, “assiste-se ao redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal” (Bravo, 2013b, p. 99). Essa reorientação do Estado foi marcada pelo que os neoliberais chamam de “reforma”. Os problemas sociais e econômicos do país foram atribuídos aos problemas internos do Estado, e, portanto, o Estado deveria passar por “reformas” orientadas para o mercado (Behring; Boschetti, 2008).

No entanto, a reforma do Estado não ocorreu no sentido de ampliar os direitos sociais, mas sim com o objetivo de prevalecer os interesses patrimonialistas que caracterizam a sociedade brasileira, além da implementação de medidas de ajuste estrutural. Assim, alguns autores consideram que a reforma realizada na sociedade capitalista contemporânea é, na verdade, uma Contrarreforma do Estado (Behring; Boschetti, 2008), devido ao desmonte dos direitos conquistados.

O documento que orientou essa Contrarreforma foi o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE/MARE, 1995). Sob a liderança do Ministro da Administração e Reforma do Estado, Luis Carlos Bresser Pereira, esse plano preconizava um Estado que transferisse funções que antes eram suas para a esfera do setor público não estatal. O Estado passou a ser o regulador e provedor de serviços (PDRE/MARE, 1995). A área da saúde foi considerada não exclusiva do Estado, possibilitando que seus serviços fossem prestados por organizações sociais.

Bravo (2013b) aponta que, dentro do plano neoliberal, o Estado proposto é um Estado Gerencial, com ênfase na descentralização, na eficiência, no controle de resultados, na redução de custos e de produtividade. A reforma administrativa do Estado é baseada em uma Contrarreforma, “pois possui como finalidade uma ordem centrada no mercado e na crítica às estruturas e políticas de universalização de direitos [...]” (Souza Filho, 2013, p. 183).

De acordo com Behring e Boschetti (2008),

alguns argumentos centrais estiveram presentes como justificativa dos processos de privatização: atrair capitais, reduzindo a dívida externa; reduzir a dívida interna; obter preços mais baixos para os consumidores; melhorar a qualidade dos serviços; e atingir a eficiência

econômica das empresas, que estariam sendo ineficientes nas mãos do Estado (Behring; Boschetti, 2008, p. 152-153).

Isso resultou em uma intensa desresponsabilização pela política social, evidenciando o trinômio do neoliberalismo nas políticas sociais: focalização, privatização e descentralização (Draibe *apud* Behring; Boschetti, 2008).

Nesse sentido, de acordo com Issuani *apud* Draibe (1997),

a descentralização é concebida como um modo de argumentar a eficiência e a eficácia do gasto, já que aproxima problemas e gestão. Argumenta-se ainda que, com a descentralização, aumentam as possibilidades de interação no nível local dos recursos públicos e dos não-governamentais, para o financiamento das atividades sociais [...] A focalização, por sua vez, significa o direcionamento do gasto social a programas, e a públicos alvos específicos seletivamente escolhidos pela sua maior necessidade e urgência [...] Finalmente, a privatização é [...] entendida como deslocar a produção de bens e serviços públicos para o setor privado lucrativo[...] (Issuani *apud* Draibe, 1997, p. 7-8).

No entanto, a transferência de recursos prevista pela descentralização não é garantida, e a privatização das políticas cria uma dicotomia entre cidadãos que podem pagar e aqueles que não podem pagar. Aqueles que têm recursos têm acesso a serviços de boa qualidade, enquanto aqueles que não têm ficam com serviços de baixa qualidade. Draibe (1997) analisa que

uma outra forma de privatização é a que propõe o deslocamento da produção e/ou da distribuição de bens e serviços para o setor privado não-lucrativo composto por associações de filantropia e organizações comunitárias, ou as novas formas de organizações não-governamentais (Draibe, 1997, p. 97).

Como mencionado anteriormente, a política de saúde é afetada tanto pela focalização quanto pela privatização e descentralização. Um exemplo dessa focalização pode ser observado nos hospitais de emergência, que atendem apenas casos de urgência e emergência, direcionando a população que não se enquadra nesses critérios para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Um aspecto da descentralização da política de saúde no Brasil é a deterioração da qualidade dos atendimentos, além de dificultar a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que o governo federal não repassa recursos suficientes para sua implementação. Assim, a descentralização ocorre apenas no sentido de delegação e transferência de responsabilidades.

Isso resulta em um

“processo de descentralização destrutiva” por desenvolver, por um lado, “o desmonte de políticas sociais existentes – sobretudo aquelas de âmbito nacional – sem deixar nada em substituição” e por outro lado, por delegar “aos municípios as competências sem os recursos correspondentes e /ou necessários” [...] (Soares *apud* Duriguetto, 2007, p. 178-179).

Em resumo, do ponto de vista econômico, foi estabelecido um modelo de desenvolvimento que tinha como um de seus pilares a redução da intervenção do Estado, com o objetivo de fortalecer a estrutura privada, nacional e internacional, colocando o mercado no centro das estratégias e excluindo a classe trabalhadora dos processos decisórios, participativos e dos benefícios do desenvolvimento (Souza Filho, 2013).

Sendo assim, “a efetivação da política social no Brasil sofre os constrangimentos e determinações de uma política econômica e social de corte liberal e regressiva, reduzindo as possibilidades de efetivação de políticas de cunho universalistas e de espaços públicos democráticos nessa área” (Souza Filho, 2013, p. 175).

No contexto de ajuste fiscal e redefinição do papel do Estado, especificamente na área da saúde, ocorreram duas medidas significativas. Em 1993, o Ministério da Previdência suspendeu o repasse de recursos para as ações de saúde, e, no mesmo ano, o presidente vetou o artigo da Lei de Diretrizes Orçamentárias que destinava 30% dos recursos do orçamento da Seguridade Social para a saúde (Menicucci, 2006).

Essas medidas provocaram uma crise no financiamento da saúde, afetando diretamente o Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a enfrentar instabilidade nos recursos disponibilizados (Menicucci, 2006). Diante dessa crise, o ministro da saúde, Adib Jatene, pressionou o governo para buscar fontes de financiamento mais estáveis para o SUS. No entanto, suas propostas foram consideradas incompatíveis com a política econômica vigente, resultando em sua demissão.

Como tentativa de suprir essa necessidade de financiamento, foi instituída, em 1996, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) por meio da Emenda Constitucional (EC) nº 12/1996. Essa contribuição tinha como objetivo destinar parte dos recursos provenientes das transações financeiras bancárias para financiar os serviços e as ações no setor da saúde. Contudo, a CPMF não obteve êxito em atingir seus objetivos devido a desvios de recursos. Além disso, por meio da

Emenda Constitucional nº 21/1999, a arrecadação proveniente da CPMF passou a ser destinada à Previdência Social (Menicucci, 2006).

Outro desafio relacionado ao modelo de financiamento do Estado brasileiro está na “utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o superávit primário das contas públicas” (Bravo, 2013b, p. 105).

Essa prática, que ocorre por meio da Desvinculação das Receitas da União (DRU), tem um impacto significativo na composição desse superávit. Consequentemente, recursos originalmente destinados à área social, incluindo a saúde, acabam sendo realocados para o pagamento da dívida pública (Bravo, 2013b; Salvador, 2010).

Dessa forma, o repasse de recursos para o Sistema Único de Saúde (SUS) continuou instável,

o que gerou um movimento nacional conhecido como “Movimento SOS SUS”, em torno da vinculação de recursos para o setor. Contando com a resistência da área econômica do governo, a proposta só se constitui norma legal com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000, que garantia recursos mínimos para o financiamento do SUS, sob a forma de vinculação de recursos orçamentários dos diversos níveis de governo [...] (Menicucci, 2006, p. 80)

A referida emenda atribuiu aos Municípios, Estados e Distrito Federal a responsabilidade de custear a saúde, por meio da destinação de uma parte de seus orçamentos, enquanto a União deveria destinar o mínimo possível de seu orçamento para a saúde (Menicucci, 2006).

No entanto, o cenário de desmantelamento do Sistema Único de Saúde evidencia que, mesmo que haja repasses sendo realizados, eles não são suficientes para garantir um atendimento de qualidade à população. A universalização dos serviços de saúde, um dos princípios do SUS, deveria ser acompanhada por um modelo de financiamento que garantisse um maior investimento em recursos, a fim de atender a todas as demandas de forma adequada. No entanto, essa “universalização” é afetada pelas estratégias de ajuste fiscal, que resultam em respostas parciais às demandas por meio de parcerias entre entidades públicas e privadas.

Consequentemente, a Saúde

fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem

atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos (Bravo, 2013b, p. 100).

Nesse sentido, à sociedade civil é delegado um papel que, na realidade, é do Estado, alterando as relações entre ambos em um contexto de “reforma” do Estado e terceirização dos serviços e recursos humanos. Essa terceirização evidencia a precarização do trabalho, a contratação por meio de contratos temporários, a falta de concursos públicos, entre outras questões, como aponta Bravo (2013b).

Na década de 1990, o Ministério da Saúde criou as Normas Operacionais Básicas (NOB), em 1991, 1993 e 1996, almejando definir “as condições necessárias à habilitação dos municípios aos diferentes estágios de gestão descentralizada, aos quais se subordinam as formas de repasse financeiro do nível federal para os municípios” (Monerat; Senna; Souza, 2001, p. 72).

Bravo (2013b) destaca que a combinação do neoliberalismo e da reestruturação produtiva no Brasil, assim como nos países centrais, resultou em desemprego estrutural, flexibilização das relações trabalhistas, precarização do trabalho, redução de direitos e deterioração da saúde e da educação.

Nesse contexto, a mesma autora aponta a existência de dois projetos em disputa no âmbito da saúde: o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista. O projeto de Reforma Sanitária defende um Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais. Ele tem como premissa o direito social à saúde e o dever do Estado de garantir esse direito (Bravo; Matos, 2001). Por outro lado, o projeto privatista defende um Estado mínimo, no qual o Estado deve garantir o mínimo para aqueles que não podem pagar. Esse projeto se baseia na ampliação da privatização e das parcerias, sendo orientado pelo ajuste neoliberal, como afirmam Bravo e Matos (2001).

Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) apontam a existência dos dois projetos mencionados anteriormente e sinalizam a existência de um outro: o Projeto de Reforma Sanitária Flexibilizada. Em conformidade com Silva (2021), nesse projeto é realizado um rearranjo das propostas do Projeto de Reforma Sanitária elaborado nos anos 1980, adequando-o às orientações dos organismos internacionais, de modo que tal reordenamento culmina no “SUS Possível”. Concordamos com Silva (2021) que os três projetos são distintos e antagônicos e disputam hegemonia na orientação da política de Saúde brasileira, e concordamos também quando a autora sinaliza que não podemos pensar esses projetos dentro de uma cronologia, de forma linear, porque o

que, de fato, temos é o Projeto Privatista em hegemonia histórica, além do Projeto do “SUS Possível” em dado momento histórico e por um curto período em hegemonia.

No ano de 2002, foi aprovada a Portaria GM/MS 1.101, que estabeleceu alguns parâmetros em relação à cobertura assistencial do Sistema Único de Saúde, e encontra-se vigente até os dias atuais. Em relação às Unidades Hospitalares, tal portaria estabelece o número de leitos por habitantes, como podemos verificar nas seguintes afirmações:

- a) Os parâmetros de cobertura hospitalar (necessidade de leitos) referem-se aos leitos SUS + os leitos SAMS (Sistema de Atenção Médica Supletiva) + leitos SDD (Sistema de Desembolso Direto);
- b) Hospitais locais ou Unidades Básicas de Internações (clínicas básicas: médica, ginecológica, obstétrica, pediátrica) atendido por médico generalista ou especialista nestas áreas, têm como parâmetro, 2 leitos/1000hab. na área urbana da sede do Município, mais 1 leito/1000hab. na área rural;
- c) Hospitais Regionais (Clínicas Básicas mais especialidades consideradas estratégicas e necessárias para a área programática (área geográfica da Programação). O parâmetro de 2 leitos/1000hab. na área urbana da sede, mais 1 leito por 1000hab. na área rural da sede, mais 1 leito/1000hab. nas outras áreas urbanas atingidas, e mais 0,5 leitos/1000hab. nas outras áreas rurais atingidas (Brasil, 2002b).

Concordamos com Filho e Barbosa (2014) que é possível tecermos alguns questionamentos em relação à Portaria no que concerne ao acesso ao Sistema Único de Saúde, como, por exemplo: é o porte do hospital que deve determinar a quantidade de leitos que ele deve ter? Ou são as necessidades da população no território de localidade do hospital que deveriam determinar isso? O número de leitos de um hospital não deveria também levar em consideração as outras unidades básicas existentes ou levar em consideração de uma forma mais geral a rede de saúde que existe no território? Questionamentos esses que, talvez, não tenham sido avaliados e analisados no momento de criação da Portaria em questão. Mas questionamentos de suma importância quando refletimos nos conceitos de universalidade e integralidade na Saúde.

Ainda em 2002, ano das eleições diretas para a presidência, Luiz Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT), foi eleito com o forte apoio dos movimentos sociais e setores progressistas das camadas médias, além do apoio de parte do funcionalismo público.

Esperava-se que, com a liderança de Luiz Inácio Lula da Silva, a hegemonia neoliberal e a política de ajuste fiscal seriam revertidas. No entanto, o que se observa é que o governo Lula não apenas manteve a orientação econômica do governo Fernando Henrique Cardoso, mas a aprofundou.

No governo de Lula, as políticas sociais foram vinculadas à lógica econômica (Bravo, 2013b). Dessa forma, o Estado direcionou suas ações para os mais pobres e miseráveis, aqueles que se encontravam abaixo da linha de pobreza, devendo os demais contratar serviços privados, como educação e saúde (Druck e Filgueiras, 2007).

Durante o primeiro governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006), considera-se que o projeto de Reforma Sanitária ganhou maior visibilidade, principalmente devido às Conferências e aos Conselhos de Saúde, além da criação da Secretaria de Atenção à Saúde e da Secretaria de Gestão Participativa (Bravo, 2013b).

Apesar dos espaços abertos para propostas e da criação de estruturas institucionais para difundir os princípios do movimento, persistiram problemas de financiamento do Sistema Único de Saúde, a focalização da política de saúde – exemplificada pela criação do Programa Saúde da Família – e sua privatização, mantendo o Estado sob uma perspectiva gerencial.

Além desses pontos, é importante ressaltar que, em 2003, durante o governo Lula, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências, com o objetivo de garantir equidade, universalidade e integralidade no acesso aos serviços de urgência. Essa política busca:

- a) organizar o atendimento de urgência em pronto-atendimentos, unidades básicas de saúde e equipes do Programa Saúde da Família;
- b) estruturar o atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU/192);
- c) reorganizar as grandes urgências e os prontos-socorros em hospitais;
- d) criar retaguarda hospitalar para aqueles atendidos em situações de urgência; e
- e) estruturar o atendimento pós-hospitalar.

Essa política desdobra-se em dois outros eixos: a Política Nacional de Humanização e a Política de Qualificação da Atenção à Saúde, representada pelo Programa QUALISUS.

Em 2004, o governo implementou a Política Nacional de Humanização, conhecida como Humaniza SUS, fruto do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Esse programa propõe:

um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições (Brasil, 2001, p. 7).

O programa foi elaborado a partir das diversas queixas dos usuários dos hospitais no SUS relativas ao tempo de atendimento, à qualidade do atendimento prestado, à resolatividade às questões de saúde apresentadas. E foi esse o pontapé para que um projeto piloto fosse lançado em diversos hospitais do país, com capacitações aos trabalhadores para que ele fosse implementado.

Em 2004, então, foi construída a Política Nacional de Humanização (PNH). Tal política compreende a humanização como a oferta de atendimentos qualificados e a melhoria nos ambientes onde os “pacientes” recebem cuidados, o que consequentemente melhora as condições de trabalho (Brasil, 2004). Um dos principais objetivos dessa política é reduzir as filas e o tempo de espera, estabelecendo diretrizes para a urgência, emergência, pronto-socorro, atendimento pré-hospitalar, entre outros. Essas diretrizes incluem:

1. Acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência.
2. Compromisso com a referência e a contrarreferência, aumentando a resolatividade dos serviços de urgência e emergência, garantindo o acesso à estrutura hospitalar e transferência segura, conforme a necessidade dos usuários.
3. Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e necessidades individuais (Brasil, 2004).

Podemos inferir que, mesmo que a Política tenha essas diretrizes muito bem delimitadas, o que vivenciamos materialmente nas Unidades de Saúde está longe da concretização delas. São praticados acolhimentos pouco reflexivos e focados no “onde dói”? Acolhimentos puramente biológicos em que as outras dimensões: social, cultural, são desconsideradas. Integralidade? Apresenta-se apenas como mais um princípio do SUS, reforçando as práticas curativas no sistema. De acordo com Castro (2024), a PNH efetiva as propostas de flexibilização do projeto de Reforma Sanitária,

absorvendo um conceito de saúde que escamoteia as condições de vida, de trabalho de saúde tanto dos trabalhadores como dos usuários do SUS.

Não há garantias no sistema de contrarreferência. O usuário é encaminhado, o formulário é preenchido, mas a garantia de que ele será atendido no tempo que precisa, e de forma resolutiva, não temos como prever. Para as necessidades dos usuários, não temos como prever o futuro, pois ele é muito incerto. A verdade é que, a partir do momento que ele deixa o consultório e a porta se fecha, não temos certeza da cura. Uma prática curativista, focalizada na doença que em muitas situações não alcança a cura. Práticas estas que impossibilitam a efetivação de uma Política de Saúde Humanizada, porque, em conformidade com Castro (2024), os usuários do SUS sentem e são atravessados pelas expressões da questão social, das desigualdades de classe que se expressam no cotidiano desses usuários de distintas formas: moradias precárias, vivências de violências, fome, falta de saneamento básico, condições precárias de trabalho, entre outras.

Em diversos pontos da PNH, podemos verificar o apontamento à necessidade de articulação de rede socioassistencial e de suporte familiar (Castro, 2024). Importa destacar, conforme Castro (2024), que existe um fomento à provisão do cuidado ser efetivada pela família e pelo próprio usuário, deslocando assim o processo saúde-doença com fundamento na realidade social, incorrendo, dessa forma, no risco de cair na psychologização e individualização das relações sociais. O que vivenciamos na Saúde é a penalização da família, quase obrigada a prover serviços, equipamentos, devendo arcar com a proteção de seus familiares, independente de suas condições financeiras e histórias de vida, sendo muitas vezes julgadas por não prestar a assistência necessária. Essa lógica, é claro, reforça a desresponsabilização do Estado na provisão dos serviços. Nas palavras de Castro (2024), “a abordagem do processo saúde-doença e de trabalho na saúde que respalda a PNH enfatiza individualidades, a subjetividade, os símbolos e o diálogo na construção das relações sociais não sendo problematizados outros determinantes” (2024, p. 158).

De acordo com Paim *et al.* (2005), no âmbito da atenção hospitalar e de alta complexidade, foi reafirmada a vinculação dos Hospitais Universitários (HUs) com o Sistema Único de Saúde, através da recomposição do quadro dos trabalhadores e da nova forma de financiamento dos HUs. Na contramão dessa reafirmação, o Ministério da Educação, por meio de um grupo de trabalho interministerial, apontou, em um relatório diagnóstico, os problemas na gestão dos HUs, indicando a necessidade da

implantação de uma contrarreforma nos hospitais universitários de natureza jurídica (Fundações Privadas) e na função social desses hospitais (Bravo; Menezes, 2011).

No segundo mandato do governo Lula, foram criadas as Fundações Estatais, que são regidas pelo direito privado e têm suas contratações regidas pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o que enfraquece as classes trabalhadoras. Essa proposta de criação das fundações de direito privado foi aprovada pelo Congresso Nacional, apesar do repúdio expresso na 13ª Conferência Nacional de Saúde em 2007. Essa proposta

descaracteriza o SUS Constitucional nos seus princípios fundamentais e todas as proposições que o Movimento Popular pela Saúde e o Movimento de Reforma Sanitária sonharam construir em suas lutas desde meados dos anos 70. Substitui-se o interesse público por interesses particularistas numa privatização perversa do Estado brasileiro [...] (Bravo; Menezes, 2010, p. 60).

Portanto, nos dois mandatos de Lula, a lógica de privatização da política de saúde, a falta de viabilização da seguridade social, a precariedade dos serviços privados e as desigualdades no acesso foram mantidas. Diante disso, testemunhamos a reorientação das políticas sociais e o desmonte da política de saúde. Após anos de ajuste fiscal e hegemonia neoliberal, na qual a política econômica é favorecida em detrimento da política social, nos encontramos com um sistema de seguridade social em declínio (Boschetti, 2004). Estamos presenciando o desmantelamento do Sistema Único de Saúde, caracterizado pela baixa qualidade dos atendimentos, problemas de financiamento, privatização dos serviços, longas filas de espera, entre outros.

No último dia do governo Lula, em 31 de dezembro de 2010, foi aditada a Medida Provisória (MP) 520, que autoriza a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa pública de direitos privados diretamente ligada ao Ministério da Educação e com o objetivo de reestruturar os Hospitais Universitários. Tal medida expressa a privatização da política de saúde, bem como a destruição dos princípios presentes tanto no Sistema Único de Saúde como na Constituição Federal de 1988, além de descaracterizar os Hospitais Universitários enquanto espaços de ensino e pesquisa. A EBSERH integra a administração indireta e não pode ser considerada uma estratégia de privatização propriamente dita, mas implica a entrada e o espraiamento da lógica mercadológica no Sistema Único de Saúde (SUS).

A EBSERH desvincula os Hospitais Universitários das Instituições Federais de Ensino Superior, comprometendo a formação dos estudantes, residentes, a

qualificação dos profissionais de saúde e comprometendo também a produção de conhecimento, visto que a empresa privatiza o que é público, flexibiliza a gestão e também o acesso aos direitos sociais, e os direitos trabalhistas, porque a contratação dos trabalhadores é via CLT (Júnior, 2011). A EBSEH realiza suas contratações de pessoal através de processo seletivo simplificado, precarizando ainda mais as relações de trabalho na saúde.

Além desse impacto, podemos também apontar para a orientação por metas e produtividade impostos pela empresa aos trabalhadores. Acreditamos que essa orientação pode ferir o princípio da integralidade do atendimento, visto que existem números de consultas, procedimentos, exames por cada usuário atendido, além de existir também uma pressão pela liberação dos leitos hospitalares, o que implica num atendimento mais focalizado afrontando, assim, a integralidade prevista para um atendimento qualificado e que considera toda a dimensão do processo saúde-doença. Concordamos com Zigato (2015) que a flexibilização dos vínculos trabalhistas impacta no direito dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde, pois é também impressa aos processos de trabalho uma lógica voltada ao produtivismo, ao cumprimento de metas em detrimento da oferta da qualidade das ações/dos serviços de saúde. Ainda nesse interim, não podemos deixar de apontar também que os “empregados públicos” contratados pela EBSEH estarão vinculados à lógica da empresa, tendo em vista as problemáticas relacionadas à instabilidade do vínculo empregatício.

Outra questão que pode ser sinalizada são os duplos, triplos vínculos que existem nos HUs sob gestão da EBSEH. Temos trabalhadores vinculados às CLT enquanto empregados públicos, temos trabalhadores terceirizados e temos os trabalhadores vinculados ao Regime Jurídico Único. Assim, temos diferentes planos de carreiras, diferentes estabelecimentos de metas, diferentes planos de cargos e salários, o que fragiliza os trabalhadores e principalmente os desmobiliza frente às demandas da classe que vive dos trabalhadores.

Outra ameaça da EBSEH se relaciona à autonomia universitária, prevista no art. 207º da CF de 1988, que especifica: “As universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio da indissociabilidade entre ensino pesquisa e extensão” (Brasil, 1988). Concordamos com Silveira e Rodrigues (2018) que, ao permitir que pessoas jurídicas externas às Universidades desempenhem serviços de ensino, pesquisa, extensão, apoio à assistência médica, a EBSEH está ferindo a autonomia das Universidades

e desmantelando o tripé ensino, pesquisa e extensão. Além dessa questão, a empresa pode firmar convênios, realizar contratação de pessoal temporário – ainda que sob processo simplificado –, realizar processos administrativos, definir metas e critérios de gestão, o que implica no desrespeito à autonomia administrativa das Universidades.

Com a adesão dos HUs à EBSEERH, é implementado um novo organograma de base verticalizada, abarcando uma superintendência e três gerências: gerência de atenção à saúde, gerência de ensino e pesquisa e gerência administrativa, e, acima das gerências e superintendência, o Consul (Conselho Consultivo). Apesar de no organograma parecer que o Consul tem poder decisivo, ele não passa de um conselho opinativo, consultivo, dele não advêm deliberações, o que fere também o Controle Social que inexistente nesse modelo de gestão. Não há espaços deliberativos para que a comunidade possa debater, dialogar. Não há previsão de canais de participação dos usuários, trabalhadores. As decisões são tomadas pelo alto, que, conforme Zigato (2015), é um aspecto que contribui para a perda da autonomia da gestão financeira e patrimonial.

Em 2011 foi eleita a primeira presidenta do Brasil, Dilma Rousseff. Em 2013 foi elaborada a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) através da Portaria nº 73.390 de dezembro de 2013, objetivando estabelecer as diretrizes para organizar o componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os eixos estruturantes da política presente na portaria são: a assistência hospitalar, a gestão hospitalar e o financiamento, a contratualização e as responsabilidades das esferas de gestão e a formação, o desenvolvimento e a gestão da força de trabalho. Na portaria é expresso que a assistência hospitalar é ofertada por meio de uma equipe multiprofissional, no cuidado horizontalizado, na regulação do acesso, na organização das linhas de cuidado, e tem por objetivo garantir o atendimento aos usuários do SUS. Expõe também que a atenção hospitalar deve ser ofertada de forma articulada e ser organizada de modo que aconteçam ações intersetoriais com os outros níveis de atenção e demais políticas públicas.

Ainda em 2013, foi editado o *Caderno HumanizaSUS: atenção hospitalar* (Brasil, 2013), que tem como alguns eixos: clínica ampliada e acolhimento, visita aberta e acompanhante, atenção hospitalar em rede, entre outros. Esse documento enfatiza que os hospitais não são ilhas e que eles fazem parte dos serviços (Brasil, 2013). Sendo assim, é necessário que uma nova gestão hospitalar seja desenhada

partindo da compreensão que os hospitais pertencem à Rede de Atenção à Saúde, pois somente assim, no SUS, alcançaremos a integralidade no cuidado dos usuários e teremos um Sistema que não responsabiliza os sujeitos por seu autocuidado.

As manobras parlamentares e políticas culminaram no golpe que depôs Dilma em maio de 2016, assumindo a presidência Michel Temer. No governo Temer, temos um aprofundamento de velocidade máxima do desmantelamento dos direitos socialmente conquistados. Em agosto de 2015, foi apresentada a Agenda Brasil, que em relação à Saúde prevê uma maior desvinculação das receitas da União, introduz o copagamento no SUS, iniciando a cobrança por consultas, exames em conformidade com a renda da população. Ainda nesse ano, foi apresentado o documento *Uma Ponte para o Futuro*, que tem como uma de suas expressões o documento *Travessia Social*, que prevê a realização de ajuste fiscal com corte nos gastos sociais, expõe que a questão central para o não funcionamento do SUS é sua má gestão, enfatizando, assim, o gerencialismo, e enfatiza no estímulo à contratação de planos privados de saúde (Bravo, Pelaez; Pinheiro, 2018). Temos em 2016 a aprovação da Emenda Constitucional 95, que impôs um:

“Novo Regime Fiscal”, e estabeleceu um limite para as despesas primárias por um período de 20 anos, cujo montante no orçamento será o do ano anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA. Ao definir um teto para despesas discricionárias, impede aumento de recursos para investimentos, saúde, educação, ciência e tecnologia, infraestrutura. Além de vetar a abertura de crédito suplementar ou especial, também implodiu a regra de vinculação orçamentária de aplicações mínimas nas áreas de saúde e educação. Como o teto não pode atingir as despesas obrigatórias como previdência social e benefício e prestação continuada (BPC), o draconiano ajuste fiscal quer aprovar a contrarreforma da previdência, desvincular os benefícios e reduzir seu valor, além de ampliar o tempo de contribuição e suprimir os direitos para cortar os gastos (Teixeira; Boschetti, 2019).

A citação anterior demonstra todo o aprofundamento da Contrarreforma do Estado sob gestão do Temer. No que concerne à Saúde, há um aprofundamento das propostas privatistas em detrimento das propostas da Reforma Sanitária. Ao assumir o Ministério da Saúde, Ricardo Barros discursa sobre a falaciosa necessidade de reduzir o SUS, alegando que o governo não conseguirá sustentar os direitos previstos na Constituição Federal de 1988, como o acesso universal à saúde, havendo assim a necessidade precípua de repensar o SUS (Bravo, Pelaez; Pinheiro, 2018).

Ainda houve mais uma medida de ataque à Saúde: a Medida Provisória (MP) 839/2018, que estabelece subsídios fiscais ao óleo diesel como forma de acabar com a greve dos caminhoneiros em maio de 2018. A desoneração e a abdução ao recolhimento de recursos do COFINS (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social) impactam diretamente no financiamento da Política de Saúde, visto que tal contribuição é a base para financiar a Seguridade Social (Bravo, Pelaez; Pinheiro, 2018).

Concordamos com Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) que todos os ataques à Saúde que se materializam no desfinanciamento, na mercantilização, nas propostas de destruição dos direitos sociais, do direito à saúde, culminaram na efervescência de movimentos de resistência, como os Fóruns de Saúde e na Frente Nacional Contra a Privatização, que foi criada em 2010. Trata-se de uma resistência que se expressa na luta que é “fundamentalmente contra as relações sociais capitalistas que reproduzem a desigualdade social e a exploração dos trabalhadores e estão na raiz da determinação social da saúde e da doença” (Bravo, Pelaez; Pinheiro, 2018, p. 19).

Na época das eleições de 2018, os autores acima mencionados, ao avaliarem o projeto de governo de Jair Bolsonaro, destacam que fora mantido o projeto de contrarreforma já iniciado no governo Temer, subordinando ainda mais o SUS ao mercado (Bravo *et al.*, 2020). De acordo com Silva (2021), fica evidente a defesa irrestrita ao projeto de privatização da saúde. O então ministro, Luiz Henrique Mandetta, em 2019, pronunciou-se em defesa da responsabilidade do Estado na garantia do direito à Saúde, ao mesmo tempo que apontou para a “necessária” articulação com o setor privado. Concordamos com Bravo *et al.* (2020) quando apontam que

Se, por um lado, a afirmação de que não haverá retrocessos na máxima constitucional do direito de todos e dever do Estado na saúde pode ser avaliada positivamente, a defesa de um setor privado forte e a não proposição de mais recursos orçamentários para o SUS são preocupantes, pois não contribuem para o fortalecimento do SUS e seu componente público e estatal (Bravo *et al.*, 2020).

Em abril de 2019, foi apresentada à Câmara dos Deputados a proposta de Reforma do SUS, na qual é tratado o tema da eficiência dos hospitais. A proposta foi editada pelo Banco Mundial e é denominada *Propostas de Reforma do Sistema Único de Saúde brasileiro*. Tal proposta aponta que é possível obter melhores resultados no SUS com o orçamento existente, defende a cobertura universal em substituição ao

princípio de universalidade do SUS, na qual será ofertado um pacote básico de serviços, com atendimentos focalizados em detrimento da atenção básica universal e expõe que as Organizações Sociais que gerem os hospitais são mais eficientes que a gestão realizada pela administração pública. Fica claro que essa proposta é o norte para que o governo avance na contrarreforma da Política de Saúde (Bravo, Pelaez; Menezes, 2018). Com o aprofundamento da contrarreforma na Saúde, as autoras apontam que se desenha no Brasil um quarto projeto para o setor: o do SUS totalmente submetido ao mercado, em que não mais é defendido o fim do Sistema Único de Saúde, mas defende-se a incorporação de grupos e serviços privados e novos modelos de gestão (Bravo, Pelaez; Menezes, 2018).

Em 2020, abre-se mundialmente uma grave e intensa crise sanitária com a disseminação do vírus Covid-19 ou Sars-COV-2. O primeiro registro da doença aconteceu na cidade de Wuhan, em dezembro de 2019, na China, e não levou muito tempo para que o vírus se disseminasse pelo mundo, provocando impactos sociais, políticos e econômicos. Concordamos com Freitas *et al.* (2020) que tal crise deve ser compreendida enquanto um desastre global que afeta principalmente os mais pobres e miseráveis e que essa crise pode evoluir para uma crise humanitária em muitos países, inclusive no Brasil.

Importa elucidar que o Brasil já vivenciava uma crise antes de ser declarada a Pandemia do Covid-19 pela Organização Mundial da Saúde. Ao ser declarada, a pandemia exigiu dos governantes que fossem implementadas estratégias e táticas para conter a disseminação do vírus, e cada país possui particularidades sociais, políticas, culturais e econômicas no enfrentamento da crise sanitária. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou que fosse realizado o isolamento social, no qual os cidadãos deveriam permanecer em suas casas, e recomendou também o uso de máscaras para impedir a disseminação do coronavírus. O isolamento social trouxe impacto em diversos setores da economia: turismo, indústria, comércio, e foi mundialmente recomendado o *home office* aos trabalhadores e às empresas onde fosse possível adotar esse tipo de trabalho.

No Brasil, as ações tomadas pelo governo

demonstram a prioritária preocupação com o impacto da pandemia no processo de acumulação capitalista. Expõe de forma nítida que o imperativo é a manutenção de superlucros. Afinal, enquanto o Banco Central anunciou no início da quarentena um conjunto de medidas que liberam R\$1,2 trilhão para a economia, aos pequenos comerciantes,

trabalhadores informais e desempregados foi destinado um auxílio de caráter emergencial que não alcança um salário-mínimo nacional, compreendendo 60% do valor (Guimarães; Pinheiro, 2020, p. 34).

O auxílio emergencial de que trata as autoras foi pago no valor de cinco parcelas de R\$600 e, com o agravamento da pandemia, foram pagas mais quatro parcelas de R\$400. Nesse valor, tal auxílio mal cobria as emergências da classe que vive do trabalho. Não podemos dizer sequer que o auxílio servia à subsistência dessa classe. Esses valores apenas serviam à manutenção do consumo, porque para a subsistência do trabalhador e de sua família não eram suficientes. Concordamos com Paula (2020) que os impactos da pandemia tiveram efeitos diferentes e desiguais, porque a classe trabalhadora esteve muito mais exposta ao vírus seja por sua necessidade precípua de trabalhar, seja por suas condições de moradia.

Concordamos com Guimarães e Pinheiro (2020) que combater a Covid-19 envolve compreender sua natureza sindêmica. Segundo as autoras, “o termo sindemia consiste na combinação de fatores biológicos e sociais” (Guimarães; Pinheiro, 2020, p. 41). Ao considerarmos a luta contra o novo coronavírus a partir de sua perspectiva sindêmica, estamos dizendo e concordando com Horton (2020) *apud* Guimarães e Pinheiro (2020) que os países deveriam articular o tratamento da Covid-19 ao desenvolvimento de políticas públicas de saúde, habitação, educação e moradia, além de emprego. Ou seja, o combate ao Covid necessita do entendimento e da materialização do conceito de saúde ampliado, defendido pela Reforma Sanitária.

Ainda imerso em uma crise sanitária, o Brasil também passou por uma crise política desde que a mídia noticiou sobre a existência e disseminação do vírus. Desde então, Bolsonaro efetivou diversas ações contrárias às recomendações da OMS. Bolsonaro disseminou a ideia de que o Covid-19 era apenas uma “gripezinha”, negando e subestimando o perigo da pandemia e refutando que o isolamento era necessário e eficaz (Lowy, 2020). O presidente discordava das medidas de isolamento, implementadas por diversos países, e participava de manifestações a favor do seu governo sem máscara e apertando diversas mãos. Em virtude do Ministro da Saúde, Mandetta, ter expressado em diversos momentos sua defesa em relação ao isolamento social, em desacordo com o que defendia Bolsonaro, cuja preocupação era proteger a economia em detrimento da Saúde, ele foi demitido. Dias após a demissão, assumiu a pasta da Saúde Nelson Teich, que não tinha nenhuma experiência de gestão no SUS. Teich deixou o Ministério em virtude da falta de

alinhamento com os posicionamentos negacionistas de Bolsonaro. Assumiu, então, Eduardo Pazuello, um militar que iniciou a restrição aos dados relacionados à morte, deixando de alimentar o sistema de monitoramento da Covid-19. Algum tempo depois, assumiu a pasta Marcelo Queiroga, após ter sido indicado por um dos filhos de Bolsonaro. Queiroga reafirmou um tom ameno e expôs falas como: “a política é do governo Bolsonaro e não do Ministério da Saúde”, “os médicos têm autonomia para prescrever tratamentos”, evitando, assim, críticas à posição do governo (Brandão, Mendonça; Sousa, 2023).

Muitos governos locais do Brasil aderiram a essa lógica negacionista, muitos governos estaduais aderiram à agenda bolsonarista da economia e lucros acima da vida, em total desprezo à vida (Behring, Cislighi, Souza 2020) de cada cidadão e cidadã que os elegeram. Essa lógica expressa a real estratégia de um governo necropolítico, que subjuga a vida à morte. Em conformidade com Mbembe (2016, p.146):

[...] propus a noção de necropolítica e necropoder para explicar as várias maneiras pelas quais, em nosso mundo contemporâneo, armas de fogo são implantadas no interesse da destruição máxima de pessoas e da criação de “mundos de morte”, formas novas e únicas da existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem status de “mortos-vivos”.

O que vivenciamos no Brasil e o que muitos sujeitos viveram em outros países é a banalização da vida, a extrema barbárie produzida por um sistema de produção que objetiva o lucro em detrimento da vida, um sistema que exalta a morte de “doentes” e idosos, visando o crescimento econômico. Um sistema que despreza a vida, a humanidade. O governo de Bolsonaro refletiu como um espelho a barbárie à qual estamos sujeitos enquanto ainda estivermos sob gerência do capitalismo.

Durante a pandemia, o Brasil injetou recursos para a criação de hospitais de campanha atenderem a população acometida pelo vírus. Tais hospitais foram geridos pelas Organizações Sociais (OS), e o Sistema Único de Saúde demonstrou sinais de esgotamento. Não tardou para que noticiassem os inúmeros desvios de recursos envolvendo os hospitais de campanha. O SUS foi duramente impactado, e a população que depende dele foi atingida. Os usuários que dependem do SUS, durante a pandemia, tiveram que lidar com a suspensão das consultas nas Unidades Básicas de Saúde e com a suspensão das visitas domiciliares por médicos, assistentes sociais, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, além da suspensão dos grupos

educativos em saúde e o cancelamento de consultas com especialistas, que já tardavam para serem agendadas, e, com a pandemia, houve um agravamento e alargamento desse tempo.

O acesso ao SUS foi restringido no período pandêmico. Todos os olhos se voltaram para os acometidos pelo vírus Covid-19, mas também já existiam outras doenças crônicas acometendo as populações que ficaram agravadas durante a pandemia. Nesse período, as cirurgias eletivas foram restringidas, e muitas delas tornaram-se cirurgias de urgência. Os hospitais precisaram reduzir leitos para que leitos destinados aos sujeitos acometidos pela COVID-19 pudessem ser criados. Nos hospitais agravou-se a questão relacionada aos números de leitos em CTIs, porque os leitos em unidades intensivas para usuários diagnosticados com Covid-19 não eram suficientes, o que levou milhares de pessoas à morte, assim como também morriam usuários porque o governo não investiu o suficiente em respiradores, oxigênios. Com números de mortes altíssimos, era mais fácil desacreditar na contagem do que acreditar que realmente as pessoas estavam morrendo.

Nessa conjuntura, no início de 2021, ocorre em diversos Estados do Brasil um colapso generalizado nos hospitais devido ao grande número de internações. No Amazonas a situação se tornou ainda mais crítica em virtude do desabastecimento de oxigênio, que levou 19 pessoas acometidas por Covid-19 à morte em uma única noite, após agonizarem por não conseguirem respirar e não terem gás ou ele ter sido reduzido para economizar (Brandão, Mendonça; Sousa, 2023). Uma negligência que mais uma vez reforça a política de morte de Bolsonaro.

Nesse período no qual o governo naturalizou todas as mortes por Covid-19 com falas como: “a morte é o destino de cada um” e “não sou coveiro”, o SUS resistiu e salvou diversas vidas, assim como segue resistindo frente às inúmeras tentativas de desfinanciamento, de mercantilização. Na saúde, seguem em disputa os 4 projetos que almejam hegemonia. Mas, nas palavras de Brecht, “nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar” (Brecht, 1982, p. 32). Devemos, então, seguir lutando pelo SUS, defendido pela Reforma Sanitária, pela vida, que só podem ser alcançados com a supressão da barbárie deflagrada pelo capitalismo. Nada é impossível de mudar desde que assumamos, coletivamente, o rumo desta história, e acreditemos que é possível transformar essa realidade de aviltamento, é possível romper com as amarras que nos prendem ao sistema capitalista de produção, porque

somente com a sua supressão o SUS que queremos será possível, e a vida poderá ser vivida em plenitude.

3 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

O objetivo deste tópico é realizar uma reflexão crítica acerca da inserção do Serviço Social na Saúde, sua condição de trabalhador assalariado e sua particular inserção no espaço sócio-ocupacional dos hospitais.

Acreditamos que a condição de assalariamento impõe desafios ao trabalho das assistentes sociais, mas a autonomia relativa resguardada à categoria profissional pode contribuir para que se gestem no cotidiano socioinstitucional dos hospitais possibilidades para a construção de um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social.

3.1 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Com o intuito de iniciarmos as problematizações acerca do Serviço Social na Saúde neste tópico, consideramos importante sinalizar que a primeira escola de Serviço Social, Alejandro Del Río, foi fundada no Chile, em 1925¹⁹. Por que esse marco é importante para a discussão que faremos a seguir? Porque Alejandro é um médico, e a primeira escola de Serviço Social ter sido criada por um médico é um marco importante para o nosso debate nesta tese.

Segundo Manrique (2011), os médicos sabiam que poderiam rentabilizar suas práticas contando com parcerias, com subprofissionais que complementassem o seu fazer. Então, o Serviço Social surge na América Latina enquanto uma dessas subprofissões, totalmente subordinado ao saber médico.

O Chile desse período histórico vivenciava o capitalismo industrial com todas as suas consequências: miséria, fome, crescimento urbano desalinhado, epidemias, doenças, expropriações de terras, condenação da classe operária emergente à diversos adoecimentos, entre outras. Conforme visto anteriormente nesta tese, os médicos, advogados, cirurgiões, ocupavam lugar significativo no espaço social, então, também não é de se surpreender que com o agravamento da saúde da população, um médico tomasse a iniciativa de criar, fundar uma Escola do Serviço Social.

Em conformidade com Manrique (2011), a profissionalização do Serviço Social tem como principal fator a situação da classe operária que fez com que as classes

¹⁹Importa ressaltar que este ano, em 2025, o Serviço Social na América Latina completa 100 anos de existência e, devido a essa data tão importante, teremos vários eventos comemorativos.

dominantes, através do Estado, acolhessem suas exigências. A fundação da primeira escola de Serviço Social está inserida nesse quadro político que aqui desenhamos de forma breve. Esses centros de formação foram criados para atender tanto às demandas do Estado como as da Igreja Católica. Portanto, a primeira escola fundada por Del Ríó foi também uma resposta à necessidade de expansão das ações estatais.

Nas palavras de Del Ríó, o assistente social deveria ser um subtécnico incumbido de colaborar diretamente com o médico, contornando, portanto, a prática médica, assumindo as ações burocráticas e adotando ações higienistas para promover a higiene social da nova sociedade.

A admissão das estudantes nas primeiras escolas de Serviço Social devia obedecer aos seguintes requisitos: ter 21 anos completos e menos de 35 anos, atestado médico de saúde, recomendação paroquial, uma redação narrando sua história pessoal, de tal modo que só as “damas” da sociedade conseguiam preencher tais critérios (Manrique, 2011).

Os centros de formação centravam o plano de estudos em três anos, alternando conteúdo teórico e prático, com disciplinas sobre religião, psicologia, economia social, anatomia, fisiologia, higiene, ética profissional, primeiros socorros, cuidados domiciliares a “doentes”, entre outras. Podemos perceber que há certa centralidade em conteúdos que abordem a saúde de uma forma geral, e concebemos que tal fato ocorre devido às péssimas condições de salubridade às quais a população estava submetida no reordenamento capitalista.

Como foi apresentado na introdução deste trabalho, o Serviço Social surge na passagem do capitalismo concorrencial ao capitalismo monopolista, emergindo em virtude da intensificação das expressões da “questão social”, seu objeto de trabalho. No processo de institucionalização, o Serviço Social investiu na estruturação de metodologias e teorias próprias para o processo de intervenção. A intervenção, na verdade, assume diferentes formatos (Caso, Grupo e Comunidade), como abordado anteriormente, a depender da instituição para a qual o assistente social vende sua força de trabalho. É nessa perspectiva que nasce o “Serviço Social Médico” (Matos, 2013). Mas importa destacar que a saúde, nos primórdios do Serviço Social, não foi o principal campo de trabalho dos assistentes sociais. Segundo Bravo e Matos (2006), a “conjuntura de 1930 a 1945 caracteriza o surgimento da profissão no Brasil, [...], e a área da saúde não foi a que concentrou maior quantitativo de profissionais, apesar de algumas Escolas terem surgido motivadas por demandas do setor” (2006, p.198).

Matos (2013) explica que a inserção do Serviço Social na Saúde se deu por meio da busca pela construção de uma prática profissional baseada no modelo médico. O Serviço Social era visto como um complemento daquele profissional, sendo identificado como “paramédico”, assim como outras profissões de Saúde. O assistente social desenvolvia, então, suas atividades em complementariedade às intervenções da equipe médica, aperfeiçoando – podemos apontar desta maneira – o fazer dos médicos. Matos (2013) sinaliza que não existia um objetivo para a prática dos paramédicos, ficando a cargo deles o que os médicos julgavam não ter capacidade técnica para operacionalizar ou também o que eles simplesmente não queriam fazer ou acreditavam ser de caráter meramente administrativo.

A entrada dos paramédicos na saúde pode ser explicada em virtude de em 1948 a Organização Mundial das Nações Unidas entender a saúde a partir de uma concepção biopsicossocial. Com a disseminação desse entendimento, outros profissionais passam a ganhar espaço, como, por exemplo, os assistentes sociais.

O Serviço Social desenvolvia a sua atividade com objetivo de reintegração dos indivíduos na sociedade, visto que a política de Saúde se constituía no Brasil com base também em pressupostos positivistas. As assistentes sociais compartilhavam informações sobre a situação social dos “pacientes” com os médicos. As questões eram abordadas a partir de uma perspectiva individualista, na qual o sujeito era o responsável por determinada situação, pois a sua superação dependia dele.

Em conformidade com Sodré (2010), no Brasil, o Serviço Social ingressa na Saúde, articulado ao trabalho realizado nas comunidades,

por meio de práticas educativas sobre procedimentos de higiene aplicados à vida privada, incentivando o controle da natalidade, o controle de doenças infantis, de higiene bucal, de saneamento para a criação das primeiras políticas urbanas de saúde, muitas vezes realizado por meio de um trabalho educativo baseado em proporcionar acesso à informação sobre o próprio corpo e higiene dos mesmos (Sodré, 2010, p. 456).

Assim, a atuação do Serviço Social estava vinculada às práticas educativas e assistenciais, que visam manter e recuperar a Saúde dos sujeitos, buscando a sua reprodução. E nas palavras de Matos (2013), o Serviço Social surge na Saúde com a demanda de construir um vínculo entre a família, o usuário e a instituição, objetivando garantir o tratamento no pós-alta. A intervenção dos assistentes sociais partia da perspectiva do Serviço Social de Caso, que tinha como referência o funcionalismo,

que, por sua vez, entende que os problemas vivenciados pelos “clientes” eram o resultado do seu comportamento, e essa questão, como tal, podia ser alterada por meio da mudança de hábitos (Matos, 2013).

De acordo com Bravo (2013b), a política de Saúde desse período estava organizada em dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública permanece em centralidade até a década de 1960, prevendo ações sanitárias, combatendo endemias; e o subsetor de medicina previdenciária ganha centralidade a partir da década de 1960, durante o período que vivenciamos a Ditadura Militar (Bravo, 2013b)²⁰. Sendo assim, na década de 1950, o setor da Saúde tinha um caráter seletivo e excludente, visto que apenas os trabalhadores e seus respectivos familiares que contribuíssem com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) conseguiam ser atendidos em suas necessidades de saúde.

Além do trabalho realizado com a comunidade, o Serviço Social também desenvolvia atendimentos individuais. Sodré (2010) sinaliza que esses atendimentos de caso na saúde pública tinham por finalidade a reprodução social dos trabalhadores. O autor aponta que, devido às inúmeras demandas de atendimentos aos “casos sociais”, havia pouquíssima sistematização do trabalho dos assistentes sociais.

Ainda abordando a sistematização da prática dos profissionais de saúde de forma ampliada, importa destacar que foi com o surgimento dos Hospitais que houve a necessidade de criar os prontuários, instrumentos que congregassem os atendimentos realizados aos usuários (Matos, 2013). Os prontuários representam a síntese das intervenções realizadas pelas profissionais aos usuários por eles atendidos, condensa as informações e auxilia a comunicação entre todos os profissionais da assistência direta aos usuários. Nas palavras de Matos (2013), “tal comunicação é a expressão cabal de que [...] é impossível realizar um trabalho sem a cooperação de diferentes profissionais” (Matos, 2013, p. 112). No Brasil, apenas em 1943 se inicia a preocupação com a organização em prontuários, quando foi criado no Hospital de Clínicas de São Paulo um serviço para essa finalidade.

Na década de 1960, nasce, como um instrumento de Sistematização do Serviço Social nos hospitais públicos, o livro de ocorrências, também conhecido como “livro preto”. Um livro ata, onde os assistentes sociais registram os atendimentos realizados

²⁰Neste trabalho, não pretendemos aprofundar as discussões sobre a história da política de saúde. Para um maior aprofundamento, podemos indicar a leitura do artigo da Maria Inês Bravo: *Política de Saúde no Brasil*, 2007.

e as demandas apresentadas pelos usuários para que o próximo plantão dê continuidade às intervenções ou para mero registro do atendimento prestado. De acordo com Sodré (2010), no “livro preto” são escritos registros pontuais realizados conforme a vontade dos profissionais e tempo disponível para realizar o relato.

Em conformidade com Sodré (2010), a estrutura administrativa dos grandes hospitais proporcionou a criação de um modelo de saúde-fábrica, onde temos o Estado como um grande protetor através do fordismo na saúde pública. A criação desse modelo “deu origem também à formação dos primeiros cartéis de terceirização nos serviços de saúde. A criação dos planos de saúde ou mesmo a chegada decisiva de serviços especializados de grande custo que funcionam dentro dos hospitais públicos de todo o Brasil marcaram esse modelo” (Sodré, 2010, p. 457).

Esse mesmo autor sinaliza que não podemos inferir que houve nesse período uma prática específica do Serviço Social. Mas a profissão não passou isenta por esse modelo de saúde-fábrica. Nesse contexto o Serviço Social inicia um processo de resistência ao modelo mencionado, mas uma resistência que se pautou exatamente no modelo de saúde-fábrica: produção em série e em massa, como se a profissão estivesse inserida na serialização que o fordismo criou: associações de assistentes sociais da clínica, da oncologia, da pediatria (Sodré, 2010). Nesse modelo também podemos identificar no Serviço Social uma prática realizada no âmbito do imediato, em que o trabalho profissional se resumia a entrega de encaminhamentos, atendimentos individualizados e registros no “livro preto”.

De acordo com Bravo (2013a), em 1961 foi realizado o II Congresso Brasileiro de Serviço Social, e o Grupo de Estudos do Trabalho em Saúde continuou a caracterizar as intervenções no campo com o termo “Serviço Social Médico” e definiu como objetivos dessas intervenções:

relacionar a doença aos aspectos emocionais, psicológicos e sociais. O profissional deveria, na sua intervenção, centralizar-se nas mútuas implicações desses fatores que impedem a preservação da saúde, o tratamento da doença ou retardam a convalescência. O Serviço Social Médico é considerado um trabalho de orientação de natureza educativa, visando o desenvolvimento de potencialidades do cliente. O conhecimento da personalidade é salientado como a grande contribuição do Serviço Social à medicina. A finalidade da ação é colocada como auxílio ao tratamento médico [...] (Bravo, 2013a, p. 163-164).

Outro aspecto além dos listados acima é a mobilização de leitos. Os assistentes sociais deviam intervir na internação do usuário no sentido de que seu leito fosse liberado de maneira rápida para que, assim, um novo usuário pudesse ingressar na Unidade de Saúde. Durante o Congresso, foram feitas algumas sugestões de ação para o Serviço Social: a importância do trabalho em equipe e diálogo entre os hospitais, incentivo ao voluntariado, tendo os assistentes sociais como seus supervisores, dentre outras.

Um outro marco para a profissão na década de 1960 foi o Decreto 994, de 15 de maio de 1962, que, conforme Brito (2018), regulamentou o Serviço Social enquanto profissão. Ainda no início desta década, alguns profissionais começaram a contestar o conservadorismo da profissão, o que culminou em um vasto processo de revisão profissional, conhecido como renovação, como visto anteriormente.

O processo de revisão da profissão e de negação do conservadorismo no Serviço Social se deu em contexto de Ditadura Militar e foi nesse mesmo período que surgiu o movimento sanitário no setor Saúde. O Projeto de Reforma Sanitária tem como preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade, sendo ele o responsável pelas Políticas Sociais e, dessa forma, responsável pela Saúde (Bravo, 2013b).

Nesse contexto o foco do trabalho dos assistentes sociais estava nos hospitais e ambulatórios, estando a prática mais centrada nos indivíduos e dando prioridade aos “casos sociais”. Mas também foi uma conjuntura de ampla discussão política e disputa de projetos na área da Saúde. Em 1986, temos, como visto em momento anterior, a VIII Conferência Nacional de Saúde e em 1988 temos na Constituição Cidadã a Saúde concebida como um direito dos cidadãos e um dever do Estado, propiciando a criação do Sistema Único de Saúde.

Esse período histórico exige dos assistentes sociais a redefinição da base de legitimidade profissional para o atendimento das novas demandas que estavam surgindo submetidas à racionalidade burocrática das reformas promovidas pelo autoritarismo do Estado (Bravo, 2013b).

Segundo Bravo (2013b), o Brasil viveu as consequências políticas, econômicas, sociais e culturais devido à adoção do ajuste neoliberal. Na Saúde se fortaleceu o Projeto Privatista, que prevê a contenção dos gastos com racionalização de oferta, a focalização e a descentralização. A bandeira neoliberal de enxugamento do Estado ataca a política de Saúde com o início do movimento de Contrarreforma,

cuja perspectiva é a de privatização com a transferência da responsabilidade do Estado para o Terceiro Setor. Nas palavras de Brito (2018), “o neoliberalismo ataca diretamente o objeto de intervenção e os espaços sócio-ocupacionais das assistentes sociais” (Brito, 2018, p. 5).

Nos anos 1990, temos a transição do fordismo-taylorismo para a acumulação flexível, tendo no Toyotismo o maior exemplo desse processo. A chegada do neoliberalismo na Saúde elucidou os atores sociais que disputavam dois projetos centrais para a Política de Saúde: o Projeto Privatista e o Projeto de Reforma Sanitária, que foram refletidos anteriormente. Nessa década, então, é inaugurado o modelo de saúde flexível, que propõe um profissional de saúde participativo, humano, sensível nos procedimentos ou palavras, sempre atento ao outro independente das suas respectivas condições de trabalho (Sodré, 2010).

Em 1997, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) reconhece o Serviço Social como uma profissão da Saúde através da Resolução nº 218, de 03 de março de 1997, e delega ao Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) que caracterize a profissão nesse formato. Importa destacar que as entidades da categoria compreendem o Serviço Social enquanto uma profissão da Saúde, mas também qualificam a profissão na atuação de todas as políticas sociais, não restringindo o campo de competências e atribuições exclusivamente ao setor da Saúde. A intervenção do Serviço Social na Saúde se pauta no entendimento ampliado do conceito de Saúde, que a reconhece como resultado de diferentes fatores: social, político, psicológico, cultural, dentre outros. Entendemos como objetivo da profissão a intervenção na determinação social da saúde que incide no processo de saúde-doença dos usuários nos diferentes níveis de complexidade da Política de Saúde.

A partir dos anos 2000, conforma-se na Saúde o Projeto de Reforma Sanitária flexibilizada que, por sua vez, defende o SUS possível, frente à conjuntura vivenciada. Podemos identificar que há também, no Serviço Social, em conformidade com Bravo (2013b), questionamentos ao Projeto Ético-Político, buscando a flexibilização de seus referenciais, e pode-se verificar a subordinação de fragmentos da categoria profissional às políticas sociais do governo federal.

Os processos de trabalho nos quais os assistentes sociais se inserem possuem particularidades, especificidades de acordo com a instituição na qual exercem a profissão. O Serviço Social não possui um saber exclusivo na Saúde, mas o trabalho profissional possui particularidades nesse espaço sócio-ocupacional. De modo geral,

os assistentes sociais na Política de Saúde acolhem e entrevistam os usuários no sentido de identificar suas demandas, que incidem no processo saúde-doença. Em suas intervenções, os assistentes sociais devem captar recursos para além dos oferecidos pela política que executam, de forma a viabilizar o acesso aos direitos dos usuários. Para uma atuação profissional de qualidade, um desafio para a categoria profissional é a construção e articulação de uma rede de atendimento externa aos muros institucionais. Assim, exige-se que os profissionais, além de conhecerem os setores da política de Saúde, conheçam os setores ofertados pelas demais políticas, conheçam os serviços prestados pelo Terceiro Setor, partindo da ideia de viabilizar a integralidade nos atendimentos prestados.

Uma questão que é posta ao Serviço Social historicamente, segundo Matos (2013), é que os assistentes sociais viabilizem acolhimento institucional aos usuários que apresentam dificuldades em exercer sua autonomia. Quando chega a uma Unidade de Saúde uma criança desacompanhada, o Serviço Social aciona o Conselho Tutelar que, caso a família da criança não seja localizada até o momento da alta, viabilizará acolhimento em uma Unidade de Acolhimento Institucional. No caso, por exemplo, de usuário em situação de rua, é o assistente social quem aciona a rede de atendimento a esse público em particular – Centro-Pop (Centro de Atendimento à População em Situação de Rua), CREAS (Centro Especial de Assistência Social), entre outros.

Para Matos (2013), nos dois exemplos citados anteriormente, só são exigidas intervenções do Serviço Social, como se a responsabilidade pela resolução dessas questões coubesse apenas aos assistentes sociais. Para o autor, essa exigência expressa duas reduções: “a primeira de pôr para o assistente social a resolução de problemas que são estruturais do capitalismo e, a segunda a crença de que é possível resolver esses problemas estruturais por meio de políticas sociais no capitalismo” (Matos, 2013, p. 65).

Já Vasconcelos (2007) expõe que, no contexto dos hospitais e institutos, três demandas são muito expressivas: saída, retirada e participação na comunicação de morte.

Importa levantar uma questão: quando o usuário tem alta médica, mas ele não estava acompanhado da família, sendo necessário contatar uma Casa de Apoio ou Instituição de Longa Permanência para seu processo de recuperação, existe mesmo uma interdisciplinaridade no atendimento prestado? Ou o registro no prontuário

destina-se apenas à equipe médica para informar sobre a intervenção do Serviço Social na remoção do usuário?

Consideramos que as políticas sociais são respostas às múltiplas expressões da “questão social” e devem ser reconhecidas como estratégias paliativas a essas expressões na sociedade capitalista de produção, porque somente superando a sociabilidade burguesa que, de fato, superamos tais expressões, pois são inerentes ao modo de produção capitalista.

Segundo Costa (2008), as demandas postas aos assistentes sociais inseridos na Política de Saúde podem ser agrupadas da seguinte forma:

1) as derivadas do histórico déficit de oferta de serviços, para atender às necessidades de saúde da população, bem como da ênfase na medicina curativa; 2) as que dizem respeito às inovações gerenciais, tecnológicas e técnico-políticas implementadas no sistema e 3) as que respondem pelas necessidades que derivam da adaptação dos usuários e profissionais à atual estrutura tecno-organizativa do SUS (Costa, 2008, p. 312).

Além das considerações de Costa (2008), identificamos que as demandas que chegam ao Serviço Social são postas também pelos usuários da política de saúde, pela própria equipe do Serviço Social e pela gestão da Unidade. O que nós percebemos é que a maioria das demandas impostas por cada um desses três elementos ao Serviço Social são as mais diversas. Enquanto o usuário solicita uma mediação de conflito com a equipe médica, a gestão exige que os conflitos sejam apaziguados, e a equipe do Serviço Social, por sua vez, demanda que os atendimentos sejam sistematizados.

O cotidiano de trabalho do profissional no espaço sócio-ocupacional da Saúde caracteriza-se pela resposta às demandas emergenciais e urgentes, como já fora problematizado. Elucidamos que o cotidiano é espaço do aqui e agora, da emergência, e muitos assistentes sociais recebem demandas imediatas e acabam por restringir seu exercício profissional a respostas práticas-utilitárias, segundo Coelho (2013). Toda essa emergencialização perpassa a sociabilidade burguesa. Reduzir o trabalho profissional impacta na condução desse mesmo trabalho no sentido do Projeto Ético-Político do Serviço Social, tendo em vista que muitos profissionais restringem suas ações às respostas imediatas que são postas sem nenhuma reflexão acerca delas (Soares, 2010).

Dessa forma, é imperativo que a prática profissional vá além dos fenômenos. O trabalho profissional não pode ser reduzido à aparência, tomando a aparência como sua essência. O profissional deve revelar a realidade para a busca da essência.

Os dois principais projetos existentes no campo da Saúde, que sinalizamos anteriormente, requisitam atribuições diferenciadas aos assistentes sociais, conforme aponta Costa (2003). Bravo *apud* Costa (2003) aponta que o assistente social deve: construir um novo modelo assistencial e de gestão, articular as dimensões do ensino, da pesquisa e da extensão, desenvolver ações que visem à democratização da instituição que também visem à participação dos usuários nos Conselhos e busquem, principalmente, estabelecer uma nova relação entre o profissional e o usuário do serviço de Saúde, na concepção da Saúde como um direito e como um dever do Estado.

Como apontado por Vasconcelos (2007) em pesquisa realizada com os profissionais lotados na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, os assistentes sociais têm no plantão uma de suas atividades principais. O plantão

[...] se caracteriza por ser uma atividade receptora de qualquer demanda da unidade/usuários; funciona na maioria das vezes em locais precários quanto ao tamanho, localização e instalação. Assim, um ou mais assistentes sociais, num mesmo espaço físico, aguardam serem procurados – de forma passiva – por usuários que buscam espontaneamente ou são encaminhados ao plantão do Serviço Social; encaminhamentos realizados por profissionais, funcionários, serviços da unidade, serviços externos (médicos, enfermeiros, psicólogos, guardas de segurança, atendentes, recepção, marcação de consultas, assistentes sociais de outras unidades ou pelos assistentes sociais que realizam outra atividade – geralmente relacionadas aos programas – no interior da própria unidade (Vasconcelos, 2007, p. 246).

Entretanto, é comum que nos plantões os assistentes sociais recebam demandas de todas as enfermarias do hospital, sendo comum haver predominância de demandas urgentes e imediatas que muitas vezes não são de atribuição ou competência do Serviço Social. Em conformidade com os princípios do Projeto Ético-Político o trabalho dos assistentes sociais não pode se resumir a responder a essas demandas, “não pode se esgotar nisso, como se encontrasse um fim em si mesmo” (Sodré, 2010, p. 466). Se o trabalho profissional se reduzir somente a encaminhamentos, aconselhamentos, ele perde seu significado e se perde dos objetivos ao não garantir um trabalho profissional coadunado aos pressupostos do

Projeto Ético-Político, o que muitas vezes acaba por desqualificar também a profissão em suas particularidades e especificidades.

Vasconcelos (2007) sinaliza algumas características do plantão do Serviço Social, sendo uma delas a prestação de atendimento individual, realizado através de entrevista única, sendo raros novos atendimentos aos usuários que já foram atendidos no setor, entre outros. Assim, o assistente social, ao desenvolver atividades emergenciais, acaba por não ter acesso a um retorno sobre elas. Um profissional que encaminha, por exemplo, um usuário para uma casa de passagem, muitas vezes acaba não tendo nenhum retorno sobre a absorção do usuário pela rede.

No plantão, o usuário apresenta suas demandas, e o assistente social oferece respostas a elas. Mas cabe elucidar que muitas dessas respostas dependem da existência de recursos externos, oferecidos ou não pela rede socioassistencial. Essas demandas são apresentadas na sala do plantão, onde o assistente social aguarda que o usuário o demande. As requisições são atendidas através de orientações diversas: previdenciárias, sobre rotina institucional, realização de consultas, exames, entre outras; encaminhamentos internos a programas pré-existentes e também encaminhamentos externos (ao CRAS, defensoria pública, INSS, entre outros).

Essa atividade

[...] não é planejada, sistematizada nem avaliada nas suas consequências; assim, não conta com quantificação estatística dos atendimentos, objetivando conhecer a variação da demanda, as solicitações por serviços e recursos materiais e a própria utilização do Serviço Social e dos serviços da unidade; conseqüentemente, não conta com observação, e análise sistemática do seu processo [...] (Vasconcelos, 2007, p. 249).

O atendimento em sala de plantão acaba por se configurar em um espaço para mero cumprimento de burocracias, onde o assistente social senta e aguarda que o usuário ou um outro profissional demande sua intervenção. Enquanto que, muitas vezes, a demanda latente está nos leitos de internação, está em atendimento no consultório médico e, talvez, sequer seja atendido pelo assistente social.

Lamentavelmente, em muitas Unidades de Saúde, o plantão

[...] não conta com profissionais qualificados para reconhecer a necessidade de considerar o perfil da população que procura o Serviço Social; conhecer o perfil dos que não chegam a receber atendimento – demanda reprimida – para que este quadro tenha visibilidade; reconhecer as demandas implícitas, explícitas e potenciais, para que, possa fazer levantamento dos recursos necessários para o

planejamento da atenção na unidade e para a realização dos encaminhamentos, orientações e referências necessárias a partir dessas demandas e para projetar ações no interior da unidade que absorvam as demandas por saúde (prevenção, educação em saúde e tratamento, principalmente das doenças crônico-degenerativas e contagiosas) e por organização e participação no controle social dos recursos e serviços oferecidos pela unidade (Vasconcelos, 2007, p. 250).

Podemos observar que os profissionais desenvolvem, em muitas situações, práticas não reflexivas, não conseguindo, assim, captar as mediações necessárias para desvendar o que não é explícito na fala dos usuários. Esses acabam por ser jogados de um lado para o outro, através de encaminhamentos, e sequer conseguem resolver suas situações. Esses encaminhamentos se tornam elementos de uma burocracia, inventados pelos burocratas para delegar a resolução das questões ao outro, depois ao outro e ao outro.

O assistente social cotidianamente é acionado para atender situações extremamente complexas. As demandas apresentadas nesses atendimentos requisitam um acompanhamento sistemático da equipe, que muitas vezes perdura por vários dias a depender da complexidade apresentada. Na política de Saúde está posto “[...] ao profissional de Serviço Social o desafio de identificar os aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos que atravessam o processo saúde-doença vivenciado pelos usuários, e seus familiares e amigos, mobilizando estratégias para o enfrentamento dessas questões [...]” (Matos, 2013, p. 119).

Não intentamos nesta tese dizer que os plantões do Serviço Social são desnecessários ou que devem ser superados, porque sabemos que, para muitos usuários da Política de Saúde, os plantões das equipes de Serviço Social são a porta de entrada do SUS. Ainda que muitas demandas, talvez, não sejam pertinentes ao Serviço Social, “tudo o que compromete, dificulta ou prejudica a qualidade do atendimento ao usuário é passível da intervenção do assistente social” (Castro e Castro, 2009). Os assistentes sociais podem, com sua intervenção, ser o elo para romper com o modelo de saúde flexível que fragmenta, parcializa e terceiriza os processos de trabalho da Saúde.

As demandas colocadas ao Serviço Social exigem que o profissional tenha competência técnica e desenvolva seu trabalho profissional no sentido do desvelamento dessa demanda. Além disso, que desenvolva suas atividades para

além das exigências institucionais e democratize a informação e a instituição, rompendo com as práticas conservadoras e alienadas.

O Projeto Ético-Político do Serviço Social funda as bases para um exercício profissional articulado aos interesses dos usuários das políticas sociais. Em conformidade com Costa (2003),

se o assistente social tem a intenção de articular seu trabalho aos interesses dos usuários, é necessário que os dados da realidade que se tem acesso no cotidiano sejam sistematizados com o fim de se buscar possibilidades de ação que reafirmem tais interesses (Costa, 2003, p. 83).

Partimos da ideia de que essas possibilidades de ação são postas na própria realidade em que o assistente social intervém. O desafio para o profissional é conseguir no cotidiano expressar os valores do Projeto Ético-Político e as balizas da Reforma Sanitária. O projeto ético-político do Serviço Social estabelece as bases da prática profissional nos espaços socioprofissionais e, sobretudo, articulados com os interesses dos usuários. Caso o assistente social pretenda articular seu trabalho aos usuários, é necessário que os dados aos quais ele acessa no cotidiano sejam sistematizados para buscar possibilidades de ação que reafirmem esses interesses.

Em conformidade com Vasconcelos (2007),

Se, para o cidadão comum, está cada vez mais difícil e longínqua a possibilidade de entender as contradições e a complexidade da organização social capitalista, para um profissional que trabalha com a “questão social”, fruto desta organização social capitalista, um mínimo de preparação técnica, política e ética torna-se determinante e, dependendo dos objetivos propostos, uma preparação necessária. Neste sentido, o desvendamento e a compreensão dessa realidade para o cidadão comum são necessários para o exercício de sua cidadania, ainda que facultativos, na medida da sua consciência, interesses e possibilidades. Mas para os profissionais que têm como objeto dar respostas às demandas postas pela maioria dos trabalhadores, a clareza e a segurança da perspectiva teórica e ética e da preparação política com o objetivo de compreender, desocultar e se definir diante dos meandros/movimentos da realidade é uma necessidade. Esta clareza e segurança são determinantes e essenciais, não só na qualificação da preparação técnica, mas no planejamento e realização de um trabalho profissional de qualidade, em que não cabe a “flexibilidade teórico-metodológica” como possibilidade de apreensão do objeto de trabalho, expressão da totalidade social. Ou seja, principalmente após a Constituição de 1988, a defesa ética, política e prática, pelos profissionais, dos interesses e necessidades da maioria absoluta dos trabalhadores brasileiros, no serviço público ou privado, não é facultativo, é dever (Vasconcelos, 2008, p. 421).

Essa preparação ética, técnica, política e teórica para compreender, captar as mediações necessárias à análise do real, é um movimento que não é responsabilidade individual dos assistentes sociais, devendo toda a categoria profissional se debruçar nessa tarefa. Dessa forma, cabe às entidades que garantem a direção política à profissão implementar ações no campo da regulamentação, como os Parâmetros para a atuação dos assistentes sociais inseridos no espaço sócio-ocupacional da Saúde.

Essa regulamentação dispõe que o trabalho profissional dos assistentes sociais está situado em quatro grandes eixos:

- a) atendimento direto aos usuários;
- b) mobilização, participação e controle social;
- c) pesquisa, planejamento e gestão; e
- d) assessoria, qualificação e formação profissional.

E é a partir desses quatro eixos que fica expressa a necessidade do Serviço Social na Política de Saúde (Silva, 2023c).

O primeiro eixo: atendimento direto aos usuários, pressupõe atendimento tanto individual como em grupos aos usuários. Nesse eixo predominam as seguintes ações que foram expressas no documento elaborado pelo conjunto CFESS/CRESS:

Ações socioassistenciais:

- a) facilitar marcação de consultas e exames;
- b) construir os perfis socioeconômicos dos usuários, realizar estudos sociais;
- c) fortalecer os vínculos familiares;
- d) elaborar estudos socioeconômicos sobre os usuários e suas famílias objetivando a construção de laudos e pareceres para que eles tenham acesso aos serviços;
- e) conhecer e mobilizar a rede a fim de quando houver a necessidade;
- f) buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços.

Ações socioeducativas:

- a) realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas;
- b) socializar informações em atividades de sala de espera;
- c) elaborar materiais socioeducativos como cartazes e folhetos;
- d) realizar debates e oficinas na área de abrangência;

- e) realizar reuniões de grupo com usuários e seus familiares, abordando temas que sejam de seu interesse.

Como exposto anteriormente, na Saúde, há uma tendência de os atendimentos aos usuários serem realizados individualmente. Nesses atendimentos, é realizada sua avaliação social e econômica, e, a partir da identificação de possíveis demandas, os profissionais mobilizam a rede de serviços. As ações socioeducativas se relacionam com a Informação e Educação em Saúde, que também tem por objetivo coletivizar as demandas que chegam ao Serviço Social. Tais ações podem se realizar com abordagens coletivas ou individuais e não ocorrem de maneira isolada, sendo complementares e indissociáveis (CFESS, 2010).

Concordamos com Aragão (2017) que as ações socioeducativas possuem esse nome porque devem ser pautadas em processos reflexivos e não exclusivamente centrada no repasse, na socialização de informações. Conforme explicitado anteriormente, abordam diferentes aspectos como: análise dos determinantes sociais em saúde, avaliação da Política de Saúde, entre outros.

Já no eixo de mobilização, participação e controle social, os assistentes sociais devem desenvolver atividades como:

- a) socializar informações com relação a eleição dos diversos segmentos;
- b) democratizar data, horário e local de realização de Conselhos, Conferências;
- c) participar da organização das Conferências de Saúde;
- d) estimular os usuários e suas familiares a lutarem por melhores condições de vida, de trabalho e de Saúde;
- e) democratizar o espaço institucional, por meio da criação dos conselhos gestores de unidade;
- f) mobilizar e incentivar a participação dos usuários para construir e participar dos fóruns e Conselhos de Saúde, objetivando contribuir na garantia do acesso universal.

Tanto nos atendimentos individuais como nas ações em grupo, os assistentes sociais podem criar espaços de socialização de informações sobre a participação em Conselhos, Conferências de Saúde, de modo que suscite nos usuários dos serviços o desejo em participar desses momentos enquanto espaços de luta pela implementação do SUS idealizado pela Reforma Sanitária, com o intuito de viabilizar a organização dos usuários, da população enquanto sujeitos políticos.

Defendemos que não só os usuários participem dessas instâncias, mas também que os profissionais estejam presentes, pois eles podem expressar as demandas daqueles que utilizam o SUS e assim também exercer o Controle Social. Esse eixo se aproxima das estratégias político-organizativas que veremos no próximo tópico, porque, em conformidade com Castro e Castro (2019), essas ações perpassam discussões entre o espaço sócio-ocupacional, a comunidade e as instituições em busca da ampliação e efetivação dos direitos sociais.

Podemos apontar as seguintes ações executadas pelos assistentes sociais no eixo de investigação, planejamento e gestão:

- a) elaborar planos e projetos de atividades a serem desenvolvidas pela equipe de Serviço Social;
- b) realizar estudos e pesquisas acerca dos determinantes da Saúde;
- c) realizar pesquisas sobre as diversas expressões da “questão social” – exemplo: população em situação de rua;
- d) realizar estudos sobre as Políticas Públicas;
- e) criar rotinas e estratégias de ação que visem democratizar o acesso e a organização do trabalho.

Concordamos com Aragão (2017) que esse eixo tem por finalidade fortalecer os processos de gestão democrática e participativa capazes de construir estratégias e táticas que efetivem e potencializem uma gestão em prol dos trabalhadores, usuários, comunidade.

Na atualidade, os assistentes sociais têm sido chamados a ocupar espaços de gestão, assessoria, coordenação de programas, projetos, e essas atividades exigem um profissional propositivo, que invista na dimensão investigativa da profissão, de modo que a realidade seja descortinada de sua aparência para que se possa intervir em sua essência, visando, assim, à sua transformação.

Partimos da ideia de que o profissional que utiliza a dimensão investigativa desenvolve um trabalho reflexivo, porque “sem um processo contínuo de pensar racionalmente as ações corre-se o risco de se submeter a práticas burocratizadas, escoradas, em um pretenso valor eficiente, imobilizada em atividades rotineiras e repetitivas” (Vasconcelos, 2007, p. 287). E a possibilidade de superação dessas práticas está exatamente na ação reflexiva e na proposição de estratégias e táticas que só podem ser construídas a partir do desvelamento da realidade.

O planejamento é de extrema importância para o Serviço Social, pois é essa atividade que nos desafia a romper com a lógica imediatista que a sociabilidade capitalista impõe. Planejar significa também o esforço na pactuação de ações intersetoriais, na elaboração de protocolos operacionais. Planejar as ações pode auxiliar também na construção de práticas interdisciplinares entre as equipes envolvidas nos processos de trabalho em Saúde.

Todos os eixos que expomos anteriormente estão articulados ao eixo assessoria, qualificação e formação profissional, que requisita aos assistentes sociais atividades como:

- a) fortalecer o controle democrático;
- b) desenvolver ações de assessoria que contribuam para a qualificação da equipe de Saúde;
- c) organizar e assessorar Seminários, Simpósios, entre outros;
- d) participar de cursos, Congressos, Seminários, objetivando sua atualização profissional;
- e) elaborar planos de educação permanente com vistas à qualificação profissional.

Esse eixo propõe ações voltadas à Educação Permanente dos assistentes sociais e dos demais profissionais de saúde, visando à organização de Seminários, Simpósios, a participação em Congressos, Conferências, Conselhos de Saúde. Esse eixo também articula as atividades de supervisão de estagiários e a preceptoria aos residentes. Visa de forma ampla à qualificação das intervenções no espaço sócio-ocupacional.

Importa destacar que esses quatro eixos acontecem de forma articulada no cotidiano dos assistentes sociais e suas respectivas ações expressam estratégias e táticas que fortalecem o Projeto Ético-Político no espaço sócio-ocupacional. Dessa forma,

cabe aos assistentes sociais, a partir dos princípios e do objeto da ação profissional – a questão social – planejar e realizar ações assistenciais que contribuam para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, danos, agravos e riscos, priorizando o sofrimento social, para o fortalecimento da consciência sanitária e do controle social (Vasconcelos, 2007, p. 259-260).

Sendo assim, é de suma importância que os assistentes sociais, trabalhadores da Saúde, se apropriem de suas atribuições e competências, assim como é precípua

que compreendam a dinâmica da instituição na qual está inserido, compreenda o funcionamento da rede socioassistencial. Sua intervenção precisa se sustentar na apreensão da realidade, dos sujeitos aos quais sua ação é voltada, na indicação de objetivos e dos instrumentos que irá utilizar.

Cabe, portanto, aos assistentes sociais fortalecer os usuários do SUS enquanto sujeitos de direitos com estratégias e táticas que viabilizem a construção de uma Política de Saúde que se efetive enquanto universal e integral. Cabe aos assistentes sociais compreenderem a potência do seu fazer no que concerne à publicização das múltiplas expressões da questão social, das múltiplas necessidades que chegam por meio das demandas dos usuários na Saúde. Potência que se traduz a partir também do trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social.

3.2 O ASSISTENTE SOCIAL ENQUANTO TRABALHADOR ASSALARIADO X AUTONOMIA RELATIVA

Neste tópico, importa reforçar que partimos da ideia de que a atuação de assistentes sociais que tenham o seu trabalho profissional pautado no Projeto Ético-Político, e assim atuam visando à efetivação dos princípios e valores do código de ética profissional, devem, no cotidiano institucional, propositivamente criar estratégias que viabilizem “[...] uma nova ordem societária, em que o homem seja a medida de todas as coisas” (Iamamoto, 2008a, p. 226). Uma nova ordem societária na qual o homem seja verdadeiramente livre e na qual haja justiça social. E não estamos aqui acreditando que os assistentes sociais podem fazer ou suscitar uma revolução em seus respectivos espaços sócio-ocupacionais, mas podem e devem tecer estratégias e táticas, junto aos outros profissionais e junto à população usuária, que viabilizem a luta contra hegemônica ao capital.

Porém, a condição de assalariado coloca ao Serviço Social alguns desafios à elaboração de um trabalho coadunado a esse projeto. As transformações ocorridas na sociedade capitalista contemporânea trazem dilemas específicos ao trabalho profissional, como a flexibilização do trabalho, do processo produtivo, a terceirização, colocando para a categoria novas formas de contratação. Entretanto, é possível que esse Projeto se expresse, visto o seu caráter ético-político, que faz dele um projeto, não somente de uma categoria, mas de todos aqueles que se guiam pelo seu conjunto de princípios e valores.

Sendo assim, esta tese, longe do intuito de construir respostas prontas e acabadas à categoria profissional quanto à materialização do projeto profissional hegemônico, se propõe a refletir sobre como o Projeto Ético-Político se expressa a partir das ações dos profissionais inseridos no espaço sócio-ocupacional de alta complexidade. Busca também problematizar as condições objetivas para a construção de um trabalho crítico e competente pelos profissionais.

Acreditamos que as possibilidades para um trabalho crítico e coadunado ao Projeto Ético-Político e que expresse tal projeto no cotidiano podem ser construídas a partir da autonomia profissional. Elucidamos novamente que esta autonomia, conforme Iamamoto (2008a), se expressa na condução das atividades, do trabalho profissional dos assistentes sociais. Em conformidade com a autora, cabe ainda recapitular que a autonomia relativa que os assistentes sociais possuem é reconhecida pelo Código de Ética dos assistentes sociais e pela Lei de Regulamentação da Profissão, que, como visto anteriormente, integram o Projeto Ético Político Profissional.

Ao partirmos desta análise, acreditamos que é tomando como norte o projeto Ético Político em conjunto com outros trabalhadores e com a equipe do Serviço Social e no estabelecimento de vínculos com os usuários das Políticas Públicas que os assistentes sociais podem construir estratégias e táticas que viabilizem o fortalecimento dessa autonomia relativa.

Concordamos com Valle (2012) que essa autonomia será sempre relativa, tendo em vista as inúmeras determinações inerentes ao trabalho profissional dos assistentes sociais. Além disso, conforme o autor, essa autonomia jamais será neutra ou nula, porque ela depende do tipo de contrato ao qual se vincula o assistente social, da organização da classe trabalhadora, depende também do número de profissionais que compõe a equipe do Serviço Social, do contexto histórico e da capacidade estratégica dos assistentes sociais (Valle, 2012).

Consideramos importante, nesse momento, problematizarmos a centralidade da categoria trabalho, visto que, por fazer parte da classe trabalhadora, existem particularidades inerentes ao trabalho do assistente que podem restringir ou ampliar a margem de autonomia profissional.

O trabalho humano é uma atividade orientada por uma pré-concepção de seu fim, que transforma a natureza – compreendida também como natureza humana – para atender às necessidades do sujeito que o executa. Marx (2013) afirma que o

trabalho é um processo no qual participam o ser humano e a natureza. O ser humano, por sua vez, se utiliza de sua força de trabalho – que se objetiva em trabalho – para transformar a natureza a partir da sua capacidade teleológica²¹. Esse ser humano, ao transformar a natureza, ao modificá-la, transforma a si mesmo, ao desenvolver suas potencialidades (Marx, 2013).

O trabalho é uma atividade vital e específica do ser humano, pela qual ele, por meio da transformação da natureza, da realidade material, constrói alternativas à satisfação de suas necessidades produzindo valores de uso.

A capacidade de criador do homem se desvincula dele a partir do momento que a divisão do trabalho atinge o seu patamar mais alto. Segundo Marx e Engels (1991), quando a atividade é dividida, desde o momento que o trabalho começa a ser distribuído, a própria “ação do homem converte-se num poder estranho e a ele oposto, que o subjuga ao invés de ser por ele dominado” (Marx; Engels, 1991, p. 47).

Dessa forma, o trabalho, a sua realização, depende de um pôr teleológico conscientemente realizado, de acordo com Marx (2013), que, por sua vez, o precede em todas as fases do processo de sua realização. Esse trabalho marcado pelo caráter de possuir finalidade e de gerar valores de uso para atender às necessidades “do corpo e da alma”, apresenta forma exclusivamente humana. O que diferencia o arquiteto de uma abelha, por exemplo, é o fato de que o arquiteto projeta em sua mente o produto do seu trabalho (teleologia), diferente da abelha, que executa a sua atividade porque é de sua natureza (Marx, 2013). Portanto, aqui não se trata das primeiras formas instintivas de trabalho, mas de um trabalho que pertence exclusivamente ao homem, ao ser social.

Em um processo de trabalho se faz necessária a existência de alguns elementos, conforme nos mostra Marx (2013):

1. a atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho;
2. a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho;
3. os meios de trabalho, o instrumental de trabalho (Marx, 2013).

O processo de trabalho termina ao concluir o produto anteriormente idealizado e projetado, o fruto do trabalho. Esse produto possui um valor de uso, ou seja, ele tem

²¹Capacidade que o homem tem de prefigurar o produto, o fim do seu trabalho, de realizar atividades teleologicamente orientadas (Marx, 2013).

uma utilidade social naquele padrão de relação social, que corresponde à necessidade humana que se manifestou na vida do sujeito. Dessa forma, o valor de uso, dependendo do processo de trabalho, pode se constituir enquanto, matéria, meio de produção ou produto, sem deixar de ser um determinado valor de uso, conforme Marx (2013).

Tendo em vista a breve apresentação dos elementos que integram o processo de trabalho e a particularidade da categoria trabalho nas relações sociais, ressaltamos a centralidade que essa adquire no modo de produção capitalista. O capital, como relação social, supõe a propriedade privada sobre os meios de produção em relação de antagonismo dialético com os trabalhadores, que, sob o modo de produção capitalista, não possuem os meios necessários para dar materialidade ao seu trabalho. Aqui o trabalho adquire características específicas nessas condições e torna-se, conforme Marx (2013), o poder sobre os indivíduos, e, enquanto existir esse poder, continuará existindo a propriedade privada.

Ao particularizarmos nossa análise a esse modo de produção, devemos ressaltar a intrínseca relação entre a esfera da produção e a da circulação, pois a riqueza social no sistema capitalista de produção provém da exploração do trabalho dos que apenas detêm a força de trabalho para ser vendida. Na realidade, provém da exploração do “ser humano pelo ser humano” (Marx, 2013). A transformação do trabalho como elemento determinante da ontologia humana para a perspectiva de algo que nos aliena dessa condição assenta-se sobre a centralidade e a lógica do trabalho para a reprodução do sistema. Concordamos com Marx (2013) que a esfera da circulação, o valor de uso produzido, assume caráter de mercadoria, portando a duplicidade das dimensões do valor – porém, com a permanente tensão de subsunção do valor de uso ao valor de troca afirmando seu valor de troca.

A mercadoria, ao afirmar-se enquanto tal, porta o fruto do trabalho vivo, a força de trabalho despendida pelo trabalhador e o uso do trabalho morto. O capitalista entra com os meios de produção e o trabalhador com a força de trabalho. Essa força de trabalho materializada em trabalho – enquanto gasto da força vital, pertence ao trabalhador – como criadora de valor, pertence ao capitalista (Marx, 2013). Sendo assim, o trabalhador “recebe o valor de sua mercadoria, cujo valor de uso – o trabalho – é, desse modo, alienado à segunda” (Marx, 2013, p. 803). Já o capitalista emprega a força de trabalho, que agora lhe pertence, na transformação dos meios de produção, que, por sua vez, também já lhe pertenciam, e com isso obtém um novo produto, que

também lhe pertence. Esse novo produto contém o valor dos meios de produção, o valor transferido do trabalho útil, o equivalente do valor da força de trabalho e um mais-valor, conforme Marx (2013).

Nessa esfera pressupõem-se uma relação entre livres proprietários de mercadorias anunciadas como equivalentes: os trabalhadores, proprietários da força de trabalho, e os capitalistas, proprietários dos meios de produção e de subsistência. Essa relação entre “iguais” cria, na origem, as condições de subjugar o trabalho ao capital. Na lógica capitalista de produção, a compra da força de trabalho se expressa em um contrato de compra e venda em que fica estabelecida a compra de uma quantidade de trabalho maior que a necessária para a reposição do preço pago pela força de trabalho que será empregada, pelo salário (Marx, 2014). O que é característico aqui é que a força de trabalho aparece como uma mercadoria e, por ser mercadoria, pode ser comprada e vendida. Uma mercadoria com particularidade de ser geradora de mais valor. A venda da força de trabalho é uma “premissa socialmente decisiva da produção de mercadorias” (Marx, 2014, p. 77-78).

A transformação de dinheiro em capital exige ao capitalista que ele encontre no mercado, além dos meios de produção, uma mercadoria especial, que seja fonte de valor: a força de trabalho. A soma de valor ou de dinheiro existente só é capital porque é gasta tendo em vista o seu aumento, que objetiva aumentar (Marx, 2017). Assim, o capitalista tem que encontrar no mercado o trabalhador livre, livre de outros vínculos de dominação, porém expropriado dos meios de produção. A função do capital é, pois, a produção de um valor excedente. Essa produção excedente, como veremos adiante, é a produção e a apropriação de sobretrabalho, de trabalho não pago, conforme Marx (2013).

Na esfera da produção, os trabalhadores produzem a mercadoria e a riqueza por meio da expropriação do trabalho não pago. Tem-se aí a produção e a reprodução do capital. O processo de produção do capital é um processo que cria novos valores de uso, sendo, dessa forma, um Processo de Trabalho, mas é ao mesmo tempo um processo de valorização. Marx (2013) explicita que

[...] como esforço, como dispêndio de força vital, o trabalho é a atividade pessoal do operário. Porém, enquanto criador de valor, implicado no processo da sua objetivação, o próprio trabalho do operário, mal entra no processo de produção, é um modo de existência do valor do capital, neste incorporado. Esta força que conserva o valor e cria novo valor é, por conseguinte, a própria força do capital e este

processo apresenta-se como processo de auto-valorização do capital, melhor dizendo, de empobrecimento do operário, que ao criar o valor que produz, produ-lo ao mesmo tempo como um valor que lhe é alheio (Marx, 2013, p. 54).

A reprodução da força de trabalho é, portanto, um meio de valorização do capital. A força de trabalho é comprada não para satisfazer as necessidades do capitalista que a compra, mas sim para valorizar o capital, mediante a produção de mercadorias que conttenham uma parcela do valor que nada custa ao capitalista. A produção do mais valor é a lei absoluta desse modo de produção, expressa na fórmula D-M-D' (Marx, 2014). O equacionamento da fórmula se dá, sinteticamente, da seguinte forma: o capitalista investe dinheiro na compra das seguintes mercadorias: força de trabalho e meios de produção. É preciso deixarmos claro aqui que a mercadoria é a força de trabalho e não o trabalhador. Essas mercadorias passam pelo processo de produção, na qual é criada uma nova mercadoria, que, ao ser realizada por meio de sua venda, gera dinheiro adicional.

É por meio do trabalho excedente que o capitalismo extrai a mais valia, assegurando a transformação do dinheiro em capital e a apropriação da maior parte da riqueza socialmente produzida pelos que vivem do trabalho. Conforme Marx (Livro 2), a finalidade da produção capitalista é a valorização de forma constante do valor que foi adiantado, seja ele na forma dinheiro, seja na forma mercadoria. A busca incessante pelo lucro é um dos elementos que norteia a dinâmica da acumulação. Porém, o lucro do capitalista não é extraído na esfera da circulação, não decorre, então, na diferença entre os preços de compra e venda de uma mercadoria. O lucro advém do processo de produção, em que ocorre um acréscimo de valor, no qual esse excedente que é apropriado pelo capitalista é fonte de seu lucro, a mais valia. Na esfera da circulação, novamente, a mais valia extraída na esfera de produção se realiza a partir da venda da mercadoria, conforme Marx (2013), submetendo o valor de uso inicial do que foi produzido ao valor de troca que adquire nessa esfera. Logo, quanto menor for o tempo que essa mercadoria permanecer no mercado, mais intensa será a rotatividade do capital e maior será a condição de acumulação.

Assim sendo, ao passo que se desenvolvem as forças produtivas, o incremento da produtividade do trabalho torna-se a maior alavanca para a acumulação de capital. Os capitalistas reduzem o capital investido na compra e venda da força de trabalho e investem vultuosos capitais na compra de meios de produção. Essa redução de investimento aparece como um crescimento da classe trabalhadora, mais rápido que

os espaços de ocupação que o capital oferece, dando origem a uma população sobranete, a um exército industrial de reserva. Esse exército de reserva é inerente e fundamental ao processo de acumulação capitalista, em especial no que se refere à construção do contrato e das condições de trabalho. Em momentos de crise, ele serve para pressionar os trabalhadores a continuarem suas atividades laborativas, e, em momentos de ascensão, ele funciona também para pressionar os trabalhadores no sentido de aceitarem o rebaixamento dos salários, pondo freio às suas reivindicações enquanto classe para si.

No sistema capitalista de produção quando há expansão de meios de produção, em termos de volume e eficiência, há um menor grau no aproveitamento da força de trabalho. Ao mesmo tempo ocorre que, nas palavras de Marx (2013), o capital eleva a sua oferta de trabalho, mas não amplia a sua demanda de trabalhadores. E assim se conforma um exército de população sobranete no sistema capitalista de produção, e se configura um sobretrabalho nas massas ocupadas. Esse sobretrabalho engrossa as fileiras do exército industrial de reserva, que pressiona a massa ocupada “forçando-a ao sobretrabalho e aos ditames do capital” (2013). É tendencial que, sob o sistema capitalista de produção, ocorra a transformação constante de uma parte da população trabalhadora em mão de obra desempregada ou semiempregada, de acordo com Marx (2013).

Podemos constatar que, com o desenvolvimento das forças produtivas, há um emprego cada vez maior de capital constante e, em contrapartida, há cada vez menor investimento em capital variável. Conforme esboça Marx (2017),

com a queda progressiva do capital variável em relação ao capital constante, a produção capitalista gera uma composição orgânica cada vez mais alta do capital total, que tem como consequência imediata o fato de que a taxa do mais-valor, mantendo-se constante e inclusive aumentando o grau de exploração do trabalho, se expressa numa taxa geral de lucro sempre decrescente (Marx, 2017, p. 215).

Essa tendência à queda da taxa de lucro geral é somente uma expressão do desenvolvimento das forças produtivas. É claro que essa tendência pode se expressar de forma diferente ao longo do processo histórico, no sentido de que é possível que essa taxa de lucro caia por motivos diversos, mas importa elucidar que, por sua própria essência, é necessário ao modo de produção capitalista que a taxa média de mais valor se expresse na queda da taxa geral de lucro (Marx, 2017). Aqui tomamos o lucro como o mais valor calculado sobre o capital social.

Disso se segue que “quanto mais se desenvolve o modo de produção capitalista, uma quantidade cada vez maior de capital é requerida para ocupar a mesma força de trabalho e, mais ainda, para ocupar uma força de trabalho crescente” (Marx, 2017, p. 224). Podemos inferir, portanto, que ao sistema capitalista é necessária a manutenção dessa população sobrando.

Esse exército de reserva é inerente ao processo de acumulação de capital, em especial no que diz respeito à construção do contrato e das condições de trabalho. Em momentos de crise, ele serve para pressionar os trabalhadores a continuarem suas atividades, e, em momentos de ascensão, ele funciona para pressionar os trabalhadores tendo em vista o aceite no rebaixamento dos salários, freando, assim, suas reivindicações.

Em conformidade com Granemann (2009), o processo de produção capitalista necessita ser reproduzido, precisa de rotatividade, necessita de continuidade. Esse modo de produção pressupõe necessariamente o consumo. Ao passo que mercadorias são produzidas, elas têm de ser consumidas, e, a partir desse consumo, novas necessidades são geradas e, por sua vez, novas mercadorias são produzidas. Dessa forma, todo processo de produção é também um processo de reprodução da vida social, porque a conclusão de um determinado processo de produção é também o ponto de partida de um novo processo (Granemann, 2009).

Importa ressaltar, conforme Carvalho e Iamamoto (2008), que quanto maior a acumulação, a riqueza social, maior também o contingente do proletariado e tanto maior é o exército industrial de reserva. No modo de produção capitalista, à medida que se expande a acumulação de capital, proporcionalmente amplia-se a acumulação de miséria. Netto (2007a) destaca que essa nova dinâmica de pobreza e pauperismo iniciada sob o capitalismo é um fenômeno novo. Segundo o autor, essa nova dinâmica expressa seus impactos logo na primeira onda industrializante, iniciada na Inglaterra no último quartel do século XVIII, e foi terminologicamente consagrada e difundida pela expressão “questão social” (Netto, 2007). 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 manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão [...] (Carvalho; Iamamoto, 2008, p. 77).

Essas múltiplas expressões da questão social se constituem objeto de trabalho dos assistentes sociais, conforme já fora afirmado em outros momentos desta tese. E partimos da compreensão que o Serviço Social se insere em processos de trabalho, não existindo um único processo de trabalho no qual o Serviço Social é inserido. Conforme exposto anteriormente, os processos de trabalho possuem alguns elementos como: o próprio trabalho, seus instrumentos, objeto e seus meios.

Cabe nesse momento reiterar que o Serviço Social no Brasil, embora seja regulamentado como uma profissão liberal, não se exerce dessa maneira, principalmente, porque a população atendida por essa profissão não possui condições financeiras de arcar com os custos dos serviços oferecidos (Iamamoto, 2008). Assim, o assistente social necessita vender sua força de trabalho para ingressar no mercado de trabalho. A condição de trabalhador assalariado requer que os profissionais internalizem

parâmetros institucionais e trabalhistas que regulam as relações de trabalho, consubstanciadas no contrato de trabalho, que estabelecem as condições em que esse trabalho se realiza: intensidade, jornada, salário, controle do trabalho, índices de produtividade e metas a serem cumpridas. Os empregadores definem ainda a particularização de funções e atribuições consoante as normas que regulam o trabalho coletivo. Oferecem ainda o background de recursos materiais, financeiros, humanos e técnicos indispensáveis à objetivação do trabalho e recortam as expressões da questão social que podem se tornar matéria da atividade profissional. Assim, as exigências impostas pelos distintos empregadores, no quadro da organização social e técnica do trabalho, também materializam requisições, estabelecem funções e atribuições, impõem regulamentações específicas ao trabalho a ser empreendido no âmbito coletivo, além de normas contratuais (salário, jornada, entre outras), que condicionam o conteúdo do trabalho realizado e estabelecem limites e possibilidades à realização dos propósitos profissionais (Iamamoto, 2008b, p. 218).

Podemos inferir, portanto, que o trabalho dos assistentes sociais se realiza “na tensão entre uma autonomia técnica e a lógica estrutural do trabalho capitalista; a autonomia técnica é confrontada com a própria condição de assalariamento” (Escurreia; Iamamoto, 2020, p. 101). É a condição de assalariamento, mas não somente ela, que limita a autonomia dos assistentes sociais. Podemos elencar algumas outras possibilidades hipoteticamente, como: a precarização do trabalho, o baixo quantitativo de assistentes sociais compondo equipes, o vínculo trabalhista, o sucateamento das políticas sociais, entre outros.

Isso significa que, muito em virtude do contrato de trabalho, os assistentes sociais se inserem nas instituições empregadoras numa condição hierarquicamente subordinada. Essas instituições possuem poderes coercitivos (demissão, suspensão, advertência, remoção, entre outros) para pressionar os profissionais a realizarem as atividades impostas (Valle, 2023). Tal fato indica que a condição de assalariamento não somente enquadra o profissional no circuito de compra e venda da força de trabalho, mas também molda sua inserção na sociedade (Iamamoto, 2008a).

Em conformidade com Iamamoto (2008a), podemos verificar uma tensão entre o trabalho controlado e submetido ao empregador, as demandas dos usuários e a relativa autonomia que o profissional tem para realizar o seu trabalho. Consideramos que é por meio das alianças com os usuários, alianças com outras categorias no mesmo espaço sócio-ocupacional e por meio da aliança com movimentos organizados da sociedade civil que os assistentes sociais podem conseguir ampliar sua margem de autonomia nas instituições. Conseguindo ampliar a autonomia profissional, os assistentes sociais podem propor estratégias político-profissionais que consigam expressar o Projeto Ético-Político no cotidiano.

Concordamos com Iamamoto (2008a) que a existência dessa tensão atesta a não subordinação passiva às requisições institucionais pelos assistentes sociais, mas também nos desafia a refletir sobre como podemos alargar essa margem de autonomia, tendo em vista os rumos atuais do capitalismo. As tecnologias de informação e comunicação, por exemplo, têm avançado nas políticas sociais e têm apresentado como consequência um distanciamento entre os assistentes sociais e os usuários, que têm o contato direto entre eles cada vez mais restrito. Ainda nesse viés, também podemos mencionar a ampliação dos trabalhos burocráticos com preenchimentos de fichas, alimentação de planilhas, que tem colocado os assistentes sociais em suas salas de frente para o computador realizando essas atividades, em detrimento da realização de atividades político-pedagógicas, socioeducativas, que podem suscitar a organização popular.

Nas palavras de Iamamoto (2021), esse processo culmina no aumento da produtividade do trabalho dos profissionais, na ampliação de requisições burocráticas, pragmáticas, que demandam respostas imediatas, centrando, assim, o trabalho dos assistentes sociais na atuação rotineira em detrimento do trabalho técnico criativo (Iamamoto, 2021).

Nas palavras de Raichelis (2018, p. 59),

as estratégias de intensificação do trabalho vão sendo incorporadas de forma sutil e gradativa. Elas ganham concretude no ritmo e na velocidade do trabalho, na polivalência e na multiatividade, nas cobranças de metas de produtividade, no maior volume de tarefas, no peso da responsabilidade [...]

E é nessa conjuntura, e muito em virtude da inespecificidade que contorna o que faz o Serviço Social, que temos a ampliação das requisições indevidas aos assistentes sociais. Conforme Valle (2023), essa tendência à expansão de requisições para os quais os assistentes sociais não possuem formação técnica tende a interferir de modo a restringir ainda mais a margem de autonomia que os profissionais possuem.

Refletindo sobre o trabalho profissional na política de saúde podemos hipoteticamente supor que o contexto pandêmico intensificou a frequência de requisições indevidas aos assistentes sociais. Muitas dessas solicitações institucionais, como já expusemos, não são compatíveis com as atribuições e competências profissionais do assistente social, definidas legalmente na Lei de Regulamentação da Profissão de 1993. Nessa regulamentação, em seu artigo 4º, estão definidas as competências profissionais do assistente social, as quais nos cabe ressaltar as principais:

- III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
- VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (CFESS, 2003).

Já em seu artigo 5º, a Lei de Regulamentação prescreve as atribuições privativas do assistente social, das quais merecem destaque:

- I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
- IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas (CFESS, 2003).

Podemos perceber que o Serviço Social possui o que é de sua competência e atribuição definidos em sua lei de regulamentação. Entretanto, independentemente de sua área de atuação, as requisições institucionais, diga-se aqui, impositivas, são distintas do rol de atividades especificadas nos artigos 4º e 5º, acima relatadas, da Lei de Regulamentação da Profissão. Concordamos com Iamamoto (2021) quando a autora coloca que os tensionamentos que existem entre os objetivos da atuação do assistente social e os objetivos de quem o emprega é o que expressa a decisão coletiva dos profissionais em exercer sua relativa autonomia.

Na saúde, temos identificado, supostamente, e tendo por base experiências relatadas por colegas de profissão, uma tendência à adesão por parte dos assistentes sociais à lógica dos pareceres. Em nossa pesquisa bibliográfica nos deparamos inclusive com uma tese de doutorado em que o Serviço Social do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, um Hospital Universitário, participe da pesquisa de campo do autor, André Luis da Silva, atende por pedido de parecer (Silva, 2016).

Essa modalidade de atendimento, como discutido anteriormente nesta tese, já havia sido utilizada pelos assistentes sociais, que inicialmente ingressaram na saúde como uma subárea da medicina. Naquela época, eram os médicos que requisitavam os serviços dos assistentes sociais. Embora não de forma tão burocrática e sem a formalização por meio do preenchimento de um parecer, a intervenção dos assistentes sociais ainda estava atrelada à solicitação dos médicos.

Acreditamos que essa tendência seja crescente na área da saúde, pois há outras unidades, além da investigada por Silva (2016), que já utilizam essa prática. Uma delas é a Unidade de Internação do Hospital Universitário da UFJF, campo de pesquisa desta tese. Nesse hospital, a equipe adotou essa modalidade de atendimento devido à sobrecarga de trabalho e à falta de assistentes sociais na equipe. Supomos que esses dois fatores sejam os principais motivos pelos quais outras unidades de saúde estão implementando esse modelo de atendimento. O que nos preocupa é o fato de o Serviço Social se limitar a essa frente de trabalho, não realizando a busca ativa e restringindo-se apenas à avaliação dos médicos ou da equipe multiprofissional sobre questões que são de competência exclusiva dos assistentes sociais.

Sabemos que a determinação social da doença exige uma avaliação multidisciplinar. Se os assistentes sociais se limitam a atender apenas por meio de

pareceres, quantos são os usuários que ingressam nas unidades de saúde e não são avaliados para além do aspecto biológico da doença que os acomete?

Silva (2016), em sua tese, não questiona a prática de atendimento por meio de parecer e até a classifica como uma modalidade de consultoria. Segundo Matos (2010), consultar é pedir conselhos, opiniões ou pareceres. A consultoria, portanto, seria a emissão de uma opinião ou parecer sobre uma matéria que exige especialização. De acordo com a lei que regulamenta a profissão (Lei nº 8662/93), os assistentes sociais podem tanto prestar assessoria e consultoria como atribuições privativas quanto como competência profissional. Na área das atribuições privativas, os assistentes sociais assessoram sobre questões específicas do Serviço Social, enquanto nas competências profissionais, a assessoria não se limita à profissão, abrangendo um campo mais coletivo e interdisciplinar. Portanto, a modalidade de atendimento por parecer deveria estar vinculada às atribuições privativas dos assistentes sociais, mas muitos dos pedidos que recebem não se relacionam com as atribuições profissionais ou com a área de atuação exclusiva da profissão.

A pesquisa de Silva (2016) revela que, no período selecionado para a coleta de dados sobre os pedidos de consultoria, o Serviço Social do HCPA recebeu 610 pedidos de consultoria, dos quais 282 estavam relacionados à liberação de refeições para acompanhantes. Vale lembrar que, nos hospitais do SUS, apenas casos específicos, como idosos, crianças e deficientes, têm direito a acompanhante, e o acesso à alimentação é um direito garantido por lei. Sendo assim, a liberação de refeições não deveria ser uma atribuição dos assistentes sociais, mas, mesmo assim, são eles que realizam esse procedimento. O autor observa que “há um deslocamento do trabalho do assistente social para essa atividade, comprometendo o restante do trabalho na atenção às demandas mais substantivas e complexas” (Silva, 2016, p. 121). De fato, quando os assistentes sociais realizam atividades que não são de sua competência, acabam negligenciando seu trabalho e suas responsabilidades profissionais.

Esse fato evidencia que, quando a demanda pelo Serviço Social é originada por outros membros da equipe multiprofissional, os assistentes sociais acabam sendo requisitados para tarefas que não são de sua competência exclusiva. Embora possam surgir demandas relacionadas às expressões da questão social, é mais comum que as solicitações não se alinhem ao objeto da profissão. Na pesquisa do autor, apenas 26% dos pedidos de parecer estavam relacionados às expressões da questão social,

enquanto 42% envolviam acompanhamento familiar e 32% estavam voltados ao acesso à rede de serviços (Silva, 2016).

Embora esses dados sejam específicos de uma unidade de saúde, eles podem refletir o que ocorre em outras unidades onde o Serviço Social atua exclusivamente por meio de pedidos de parecer, seja por escolha da equipe ou por imposição da instituição empregadora. Ao se distanciar do atendimento direto aos usuários e/ou seus familiares, os assistentes sociais perdem a oportunidade de atender às necessidades reais dos indivíduos, limitando seu trabalho a responder às demandas identificadas pelos médicos. Dessa forma, os usuários da unidade que não têm seu parecer solicitado ficam à mercê de uma possível negligência em suas demandas sociais. O que aqui defendemos é que ainda que a intervenção do Serviço Social alcance a 20/30% dos usuários internados por meio da realização de busca ativa, ela não pode ser suprimida do processo de trabalho dos assistentes sociais, porque nossa categoria profissional está tecnicamente preparada para identificar as expressões da questão social vivenciadas pelos usuários do SUS e intervir com qualidade nelas.

Supomos que o processo de trabalho restrito ao atendimento por parecer limita a autonomia dos assistentes sociais e impacta negativamente na imagem que o Serviço Social vem construindo na Saúde. Também acreditamos que essa prática não fortalece uma abordagem crítica e propositiva, alinhada ao Projeto Ético-Político Profissional. Pelo contrário, ela pode representar um retrocesso na atuação dos assistentes sociais na área da saúde, visto que colocamos nossa profissão enquanto uma subárea da medicina como nos primórdios das intervenções do Serviço Social nesse espaço sócio-ocupacional.

Já em relação às requisições institucionais, Vasconcelos (2015) destaca que, na maioria das vezes, essas solicitações envolvem questões que não são diretamente relacionadas às atribuições dos assistentes sociais.

Conforme exposto por Vasconcelos (2015), as requisições institucionais, em sua grande maioria, são de cunho burocrático e administrativo, atividades essas que não requisitam formação ou preparação para além do bom senso e o mínimo de conhecimento em programas do pacote Office para realizar cadastros, planilhar dados. Também requisitam a necessidade de ser alfabetizado para colocar em ordem as fichas, além de demandarem que os profissionais mediem conflitos familiares, utilizem o telefone, realizem o preenchimento de formulários, saibam empacotar e

guardar pertences, entre outras atividades. Ou seja, não é necessária nenhuma formação profissional específica para que essas atividades sejam executadas.

Apesar de reconhecerem que as atribuições e competências de sua profissão são distintas das atividades relatadas acima, muitos assistentes sociais as desempenham e, ao desempenhá-las, contribuem para uma certa distorção da imagem sócio-histórica da nossa profissão. Além disso, também fomentam a subalternização histórica do Serviço Social, que vem sendo aprofundada pela própria categoria profissional.

Frente a essas requisições institucionais, às quais os profissionais respondem, mesmo que reconheçam não serem de sua competência ou atribuição, podemos sugerir mais duas outras questões: a primeira tem a ver com o assalariamento do Serviço Social. Muitas instituições contam com poucos assistentes sociais na composição de suas equipes, o que os coloca em uma situação de restritas possibilidades e diminuta reversão da correlação de forças institucionais. Dessa forma, os profissionais acabam por acatar e incorporar como sua toda e qualquer requisição institucional e/ou de gestores e de outros profissionais.

A segunda questão que também deve ser analisada, e que se relaciona com a primeira, é a precariedade dos vínculos trabalhistas. Em um mesmo espaço sócio-ocupacional, nos deparamos com diversos vínculos de trabalho: contratado, concursado, cargo comissionado, contrato temporário, entre outros. Essa diversidade de vínculos debilita a possibilidade de organização dos assistentes sociais, ao fragmentá-los por vínculos e, dessa forma, enfraquece os meios para sua união e, assim, para que lutem pelo que é de sua competência e atribuição na instituição.

Entendemos que as questões relacionadas ao assalariamento e à necessidade de os assistentes sociais subsistirem são triunfantes na decisão de se colocar de maneira contrária às requisições institucionais, visto que profissionais pertencem à classe trabalhadora e necessitam vender sua força de trabalho para sua reprodução. Entretanto, como classe trabalhadora, os assistentes sociais, enquanto categoria, precisam se unir para reverter o movimento institucional a seu favor, e não é realizando atividades que não estão no rol de suas atribuições e competências que isto irá acontecer.

No movimento contrário do que se espera, ao se submeter aos ditames institucionais, o que acontece é a ratificação de um lugar que, apesar de não ser do Serviço Social, acaba por ser compreendido enquanto o modo de ser e estar da

profissão na instituição, quando, na verdade, é a “prática qualificada que vai impondo [...] um novo modo de ser e estar dos assistentes sociais, o que vai trazer como consequência o reconhecimento por parte da instituição e dos usuários” (Vasconcelos, 2015, p. 533) do que o Serviço Social faz.

3.3 O TRABALHO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS NA ATENÇÃO HOSPITALAR

Este tópico tem a pretensão de aprofundar as discussões sobre o trabalho profissional do assistente social na atenção hospitalar. Entretanto, durante o levantamento bibliográfico realizado em 2024, nos deparamos com a ausência de bibliografias que fizessem a discussão sobre a atuação do serviço social na alta complexidade que nos embasassem teoricamente para realizarmos tal debate neste item.

O levantamento das bibliografias foi realizado através do mapeamento nas seguintes plataformas: Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e CAPES, nos anais de dois eventos do Serviço Social: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) e Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), e na plataforma de dissertações da Universidade Federal de Juiz de Fora, tendo em vista que o objeto de pesquisa deste estudo tem Juiz de Fora por localidade. A seguir apresentaremos as pesquisas que realizamos e os filtros utilizados em cada uma delas.

Iniciamos nossa pesquisa na plataforma BDTD, que mapeia as dissertações e teses existentes nas instituições de ensino e pesquisa do Brasil. Em tal pesquisa, utilizamos como indexadores: Saúde, Serviço Social, assistente social e hospitalar. Foram eliminados da elaboração do Quadro 1 a seguir todos os arquivos que discutiam Saúde Mental e Residência, e utilizamos como filtro temporal os anos compreendidos entre 2019 e 2021.

Quadro 1 – Dissertações e Teses

Plataforma	Ano(2019 a 2022)	Autor(es)	Título da Dissertação/Tese
BDTD	2019	Koch, Luiza	Influência do capital social no acesso aos

		Foltran de Azevedo	serviços de saúde por adultos
BDTD	2021	Martins, Gisele Justiniano de Faria	<u>O cuidado em saúde: das produções em serviço social à prática profissional do assistente social</u>
BDTD	2019	Carvalho, Giliane Alves	<u>Determinação social da saúde e Serviço Social: concepções que norteiam o trabalho do/a Assistente Social no atual contexto do SUS</u>
BDTD	2019	Silva, Andréa Fábria Freitas	<u>A imagem social e a autoimagem do Serviço Social em um Hospital-Escola</u>
BDTD	2019	Patricio, Carlos Marcelo Silva	Assistentes Sociais Cooperadas: os sentidos das relações de trabalho no contexto do cooperativismo na saúde pública
BDTD	2021	Barbosa, Selma de Melo	A saúde do(a) trabalhador(a) da educação superior em Serviço Social em tempos de ofensiva neoliberal
BDTD	2021	Freitas, Karoline ÉLen	O trabalho profissional do assistente social com transexuais no processo transexualizador na política pública de saúde
BDTD	2021	Oliveira, Tatiany Fernandes	As inflexões da contrarreforma na política de Atenção Primária à Saúde no Governo Bolsonaro: implicações sobre a Estratégia Saúde da Família

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Como identificamos, com a pesquisa anterior, apenas 8 bibliografias com os indexadores indicados anteriormente e que, dessas, apenas 3 delas poderiam, tomando por base os títulos, nos auxiliar na fundamentação teórica da nossa tese – e que se encontram sublinhados no Quadro 1 –, iniciamos nova pesquisa nos anais dos eventos mencionados anteriormente, e elencamos como indexadores: hospital; alta complexidade, serviço social, assistente social. Escolhemos como recorte os ENPESS ocorridos nos anos: 2018 e 2022 e os CBAS que aconteceram nos anos: 2019 e 2022. Com a pesquisa realizada, obtivemos os seguintes dados elencados no Quadro 2:

Quadro 2 - ARTIGOS

Evento	Ano	Autor	Título do Artigo
XVI ENPESS	2018	SENIR SANTOS DA HORA, THEREZA CRISTINA ANDRADE MOREIRA, PAULA ADALGISA FREIRE DE SOUZA, CAMILLA DE ALVARENG A SILVA, NATÁLIA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	<u>A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS: UMA ANÁLISE SOBRE O NOVO MODELO PRIVATISTA DE GESTÃO NA SAÚDE PÚBLICA</u>
XVI ENPESS	2018	INGRID KARLA DA NÓBREGA BESERR	<u>A EBSEERH E O SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NUM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE</u>
XVI ENPESS	2018	Amanda Araújo Sousa	<u>SERVIÇO SOCIAL E AS MÃES EM SITUAÇÃO DE RUA: DESAFIOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA UNIDADE MATERNO-FETAL DO HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO</u>
XVI ENPESS	2018	VANESSA MARIA PANOZZO BRANDÃO, TATIANA REIDEL, ANDRÉ LUIS DA SILVA, ROSÁLIA VARGAS CAMPANHA, PAULINA MARIA	<u>O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO PLANTÃO EM UM HOSPITAL ESCOLA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL</u>

		NASCIMENTO	
XVI ENPESS	2018	MONIQUE RIBEIRO ALVES, FAYLLANE ARAUJO ALMEIDA, TALITA SOARES SANTOS, NAYARA MARQUES LOMIENTO, CAMILLA MOURA SANTOS	<i>O PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ENFERMARIA DE NEUROLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</i>
XVI ENPESS	2018	JOSEANE BARBOSA DE LIMA, MARIANA NERY SOL PAULO, ANA CAROLINA DO NASCIMENTO RODRIGUES, NÍZIA AMARAL DOS SANTOS, SABRINA GOMES ROCHA	<i>RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: A EXPERIÊNCIA NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM ATENÇÃO HOSPITALAR DA UFJF</i>
XVI ENPESS	2018	SANDRA AMÉLIA SAMPAIO DA SILVEIRA, NEYDE JUSSARA GOMES ABDALA RODRIGUES	<i><u>EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH): (IN)COMPATIBILIDADES COM O SUS</u></i>
XVI ENPESS	2018	MARIA ROBERTA MEDEIROS ANGELIM, SANDRA	<i><u>OS DESAFIOS À EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA EMPRESA</u></i>

		AMÉLIA SAMPAIO SILVEIRA, LUCIA MARIA PATRIOTA	<u>BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH)</u>
XVI ENPESS	2018	RODRIGO FARIA PEREIRA, LUCIANA PATRICIA ZUCCO	<i>PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NA ESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR EM HOSPITAIS PÚBLICOS</i>
XVI ENPESS	2018	MÁRCIA EMÍLIA RODRIGUES NEVES, TÂMARA CARINA LEITE FERREIRA	<i>HOSPITALIZAÇÃO E REDES DE APOIO SOCIAL DE IDOSOS</i>
XVI ENPESS	2018	MAYARA SANTOS BRITO	<u>A CRISE DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS E SEUS REFLEXOS NO ESPAÇO OCUPACIONAL DAS ASSISTENTES SOCIAIS: UM OLHAR SOBRE A EXPERIÊNCIA DO HC/UFPE</u>
XVI ENPESS	2018	KELLY DE ARAÚJO SOARES, SÁLVEA DE OLIVEIRA CAMPELO E PAIVA, ROSANA ALMEIDA DE MORAES	<i>DETERMINAÇÕES SOCIAIS E SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS SOB CUIDADOS PALIATIVOS NA ALTA COMPLEXIDADE</i>
XVIENPESS	2022	WELLINGTO N MONTEIRO FERREIRA, TAYNA PORTILHO DE AQUINO, ALINE PEREIRA ALMEIDA, VIVIAN THAYS SILVA	<u>(DES)GOVERNO E PANDEMIA - A POLÍTICA DA MORTE VERSUS O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</u>

		BEZERRA, AMANDA VITÓRIA DA CONCEIÇÃO RIBEIRO	
XVI CBAS	2019	Saene Santos Silva, Deise Maria da Conceição, Tais Brandão da Silva, Andréa Alice Rodrigues Silva, Anaise Alves Fonseca Silva	<u>TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO E OS IMPACTOS NO SERVIÇO SOCIAL: PRECARIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DAS(OS) ASSISTENTES SOCIAIS NO HOSPITAL REGIONAL DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS (BA)</u>
XVI CBAS	2019	Natasha Laureano da Fonseca, Marcelle Almeida de Azevedo	<u>ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA PEDIATRIA EM UM HOSPITAL FEDERAL DE ALTA COMPLEXIDADE NO RIO DE JANEIRO SISTEMATIZAÇÃO CONSTRUÍDA A PARTIR DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO</u>
XVI CBAS	2019	Kedna Kelly de Souza Gomes , Maiara da Rocha Mascarenhas	ALTA TARDIA: A PERMANÊNCIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM UMA UNIDADE HOSPITALAR DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA NO ESTADO DO CEARÁ
XVI CBAS	2019	Ana Rosa Alves da Silva	PROCESSO DE DOAÇÃO- TRANSPLANTE: REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL EM UNIDADE HOSPITALAR DE ATENÇÃO TERCIÁRIA DO SUS
XVI CBAS	2019	Thais Viana Santos Vallecilo	<u>AS REQUISICÕES DA EQUIPE DE SAÚDE PARA O SERVIÇO SOCIAL: ENTRE AS ATRIBUIÇÕES HISTÓRICAS DA PROFISSÃO E AS MUDANÇAS EM CURSO NO SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO (UFRJ)</u>

XVI CBAS	2019	Matheus Oliveira de Paula, Cinthia de Mello Vítório	<u>O TRABALHO DA ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: REFLEXÕES ACERCA DA PRÁTICA PROFISSIONAL DA ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO FRENTE À PRECARIZAÇÃO E A RETIRADA DE DIREITOS</u>
XVI CBAS	2019	Roraima Gomes de Araújo Alves, Jakeline Costa Rebouças, Leide Rejane Rodrigues Oliveira	<u>RELATO DE REDIMENSIONAMENTO DO FAZER PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: O PLANEJAMENTO COMO FERRAMENTA DE SISTEMATIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO</u>
XVI CBAS	2019	Ana Paula de Oliveira	<u>O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NA HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR</u>
XVI CBAS	2019	Laura Maria de Araújo Vencio, Carlos Cesar de Souza Lima, Carla Aparecida Rodrigues de Souza	<u>DO SERVIÇO SOCIAL À UTI. UMA REFLEXÃO SOBRE A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO AMBIENTE INTENSIVISTA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA</u>
XVI CBAS	2019	Isabelle da Silva Pereira, Myrella Andressa Firmino do Nascimento	RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM SERVIÇO SOCIAL NO COMPLEXO HOSPITALAR MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
XVI CBAS	2019	Arianny Estéfanos Lemos Costa, Danielle Viana Lugo Pereira	<u>AS ATUAIS CONFIGURAÇÕES PARA O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS EM UM HOSPITAL-ESCOLA</u>
XVI CBAS	2019	Aldeneide de Jesus Nascimento Alves, Marcos Vinícius Santos Silva	<u>A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA PRODUÇÃO DO CUIDADO HOSPITALAR: DISCUSSÕES TEÓRICAS</u>
XVI CBAS	2019	Camila Barbosa	AS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL QUE PERMEIAM O

		Monteiro , Maria Carleandra Gonçalves Oliveira , Silvia Helena de Souza Lopes	COTIDIANO DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO EM FORTALEZA-CE
XVI CBAS	2019	Orlando Clementino Manunga Chaxmbe	POLÍTICA DE SAÚDE EM ANGOLA E OS DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NA HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO HOSPITALAR EM LUANDA
XVI CBAS	2019	Mayara Viana de Lima , Maria Gracileide Alberto Lopes , Patrícia Araújo de Almeida Gomes , Maria do Socorro Azedo Lobato , Jocenir Carvalho Pinto , Wesllem Araújo de Vasconcelos	<u>ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE:</u> <u>ATUAÇÃO DO ASSISTENTE</u> <u>SOCIAL NA CLÍNICA</u> <u>NEUROCIRÚRGICA DO HOSPITAL</u> <u>UNIVERSITÁRIO GETÚLIO</u> <u>VARGAS – HUGV/UFAM</u>
XVI CBAS	2019	Maria Gracileide Alberto Lopes , Patrícia Araújo de Almeida Gomes , Maria do Socorro Azedo Lobato , Jocenir Carvalho Pinto , Mayara	<u>O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL</u> <u>UNIVERSITÁRIO GETÚLIO</u> <u>VARGAS: AS POTÊNCIAS E OS</u> <u>LIMITES DO TRABALHO</u> <u>MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE</u> <u>EM MANAUS-AM</u>

		Viana de Lima	
XVI CBAS	2019	Soraia da Silva Sousa , Aparecida Jurema Paulino , Janete Pereira Rafael , Magnolia Assis de Oliveira Theodoro, Dayse Prado de Camargo Lanes	<u>A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL REGIONAL DE FERRAZ DE VASCONCELOS NO PROCESSO PARA A ALTA QUALIFICADA HOSPITALAR</u>
XVI CBAS	2019	Alexsandra Beserra Torres, José Valmir Guimarães de Oliveira	O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL POR MEIO DE RELATO DE EXPERIÊNCIAS EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EM FORTALEZA-CE
XVI CBAS	2019	Elciane Silva Gomes , Adriana Lima Barros	SAÚDE HOSPITALAR: A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO ÀS FAMÍLIAS ENLUTADAS
XVI CBAS	2019	Izy Rebeka Gomes Lima, Ângela Nivalda Menezes Leite , Anne Thiffanne Andrade de Aragão, Kamilla Martins Cabral dos Santos	<u>O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH)</u>
XVI CBAS	2019	Francine da Silva Seidel , Liliam Varaschini Teixeira , Fabio Jardel Gaviraghi	<u>O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE: VIVÊNCIAS DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</u>
XVI CBAS	2019	Karina Tatiane da Costa	O TRABALHO DO/DA ASSISTENTE SOCIAL EM SITUAÇÕES DE ABORTAMENTOS E ÓBITOS

		Martins, Liliane de Macedo Azevêdo, Maria Rosângela Neves Damasceno, Jaciclelma Marcia da Silva, Edinara Lina de Oliveira, Marly Santiago de Araújo, Rosana Ramos Bacha	PERINATAIS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
XVI CBAS	2019	Mariana Nery Sol Paulo, Antônia Camila de Oliveira Nascimento	POLÍTICA DE ATENÇÃO À VELHICE: ATRAVÉS DA ANÁLISE DE UMA ASSISTENTE SOCIAL RESIDENTE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
XVI CBAS	2019	Vanessa Martins Ferrari, Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva, Náíade Melo Costa	REBATIMENTOS DO ADOCIMENTO POR CÂNCER NO HOMEM PRINCIPAL PROVEDOR FAMILIAR EM TRATAMENTO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
XVI CBAS	2019	Mariana Setúbal, Dolores Lima da Costa Vidal, Angélica de Jesus Conceição Vieira, Isabelle Carvalho dos Santos Bonisolo, Nirelle Rodrigues Marinho	<u>INTERSETORIALIDADE DAS POLÍTICAS SOCIAIS E A CLASSE HOSPITALAR ENQUANTO UM DIREITO: DESAFIOS NUMA INSTITUIÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DO SUS</u>

XVI CBAS	2019	Karina Karla de Souza Bastos	ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: AVANÇOS E FRAGILIDADES DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA A PARTIR DO ESTUDO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
XVI CBAS	2019	Laura dos Santos Lunardi Della Giustina, Thaís Yang Barreiros Silva	O IMPACTO DO USO DE CRACK NAS MULHERES E O TRABALHO DO AS-SISTENTE SOCIAL NAS UNIDADES HOSPITALARES: DESAFIOS E PERS-PECTIVAS

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Importa sinalizar que sublinhamos os artigos que, pelos indexadores utilizados, foram localizados nos anais e que, pelos respectivos títulos, poderiam ser utilizados para o aprofundamento teórico da autora, pois, supostamente, realizam a discussão do trabalho dos assistentes sociais na alta complexidade. Destacamos que, dos 40 artigos localizados, apenas 23 poderiam, de forma hipotética, auxiliar no embasamento teórico desta tese.

Após realizarmos a leitura das bibliografias identificadas, nos deparamos com um nó para a elaboração deste tópico: além de não termos uma quantidade ampliada de bibliografias que pudessem contribuir para o nosso aprofundamento teórico sobre as particularidades da inserção do Serviço Social nas unidades de alta complexidade, a maior parte das bibliografias que poderiam auxiliar nesse aprofundamento porque pelo título trariam esse recorte, em seu conteúdo, abordavam sobre a intervenção, a história de Serviço Social na Saúde de modo geral, e não adentravam nas discussões sobre as particularidades da atuação em hospitais.

Ao nos depararmos com esse impasse, decidimos, então, ampliar nossa pesquisa para a plataforma CAPES, e escolhemos os mesmos indexadores utilizados na BTDT, mas ampliamos a pesquisa para os anos compreendidos entre 2022 e 2023, e chegamos aos seguintes dados: sete trabalhos, que supostamente, por seus respectivos títulos, refletiam a alta complexidade enquanto espaço sócio-ocupacional do Serviço Social, conforme podemos avaliar através do Quadro 3 a seguir:

Quadro 3 – DISSERTAÇÕES E TESES- CAPES

Plataforma	Ano	Autor(es)	Título
CAPES	2022	Costa, Francimar Felipa Da Silva	Desospitalizar é preciso: atuação do serviço social junto a pacientes crônicos dependentes de cuidados
CAPES	2023	Silva, Márcia Helena Ferreira da	O trabalho do/da assistente social em equipe multidisciplinar De cuidados paliativos de um hospital universitário em Teresina – pi: um estudo sob a ótica dos profissionais de serviço social
CAPES	2023	Oliveira, Jousiele Ferreira Simplício De	Serviço social na saúde: tendências do exercício profissional em Tempos de pandemia da covid-19 no hospital de clínicas no Município de Campina Grande- PB
CAPES	2023	Rodrigues, Suene Da Silva	A ideologia da humanização e o projeto ético-político do Serviço social: tendências e perspectivas no trabalho do assistente social no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA)
CAPES	2023	Gomes, Ana Carla Grigorio Silva	Mediação E Instrumentalidade: Assistentes Sociais Diante Da Covid-19 No Hospital Clementino Fraga Em João Pessoa/PB
CAPES	2023	Silva, Brena Kécia Sales Guedes Da	Serviço Social - profissão que intervém: uma análise da Instrumentalidade da profissão no hospital “Gonzaguinha” do José Walter, em Fortaleza/Ceará
CAPES	2023	Santos, Amanda Nascimento Lougou Dos	Serviço Social e Saúde: uma análise do exercício profissional em um hospital universitário no contexto de enfrentamento da pandemia da Covid-19.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Como nosso objeto de pesquisa tem Juiz de Fora como localidade, optamos também por utilizar para a pesquisa bibliográfica o banco de dissertações da Faculdade de Serviço Social da UFJF. Para essa pesquisa definimos como indexadores: saúde, serviço social e não utilizamos a demarcação temporal. Localizamos sete dissertações, mas apenas uma, que se encontra sublinhada no quadro, pelo título, refletiu a alta complexidade em Juiz de Fora, conforme dados no Quadro 4 a seguir:

Quadro 4 - TÍTULO

Plataforma	Ano	Autor(es)	Título
UFJF	2017	Aragão, Thays Valle Do Carmo	O trabalho do assistente social nas upas de juiz de Fora: especificidades de um espaço sócio-ocupacional
UFJF	2009	Castro, Marina Monteiro De Castro E	Trabalho em Saúde: a inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG
UFJF	2010	Leal, Patrícia Rodrigues De Almeida	<u>Análise do sistema de referência e contra-referência nos níveis de Complexidade de atenção à saúde no município de Juiz De Fora: o desafio de integrar os serviços</u>
UFJF	2009	Reis, Maria de Lourdes dos	Grupos Educativos em Saúde nas Unidades de Saúde da Família do Município de Juiz de Fora – MG
UFJF	2010	Correa, Débora Calais Oliveira	Gestão local: respostas aos desafios da aids no Brasil Análise do programa municipal de DST/AIDS de juiz de fora-Mg
UFJF	2008	Reis, Regina Sá dos	O trabalho do assistente sociais frente à determinação social da saúde da criança.
UFJF	2012	Souza, Alessandra Ribeiro de	A contrarreforma do setor saúde: uma análise da UPA São Pedro em Juiz de Fora

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Como podemos apreender das dissertações localizadas com os indexadores mencionados anteriormente, pela análise do título, apenas uma poderia auxiliar no nosso aprofundamento teórico.

Todo o levantamento bibliográfico e estudos realizados demonstram a urgência da discussão sobre o trabalho do assistente social na alta complexidade, bem como atestam a ausência de debates aprofundados sobre essa temática no Serviço Social e comprovam a importância desta tese para a categoria profissional inserida nos hospitais no sentido de ter sua prática profissional, seu trabalho iluminado por um aporte teórico que, de fato, retrate o espaço sócio-ocupacional no qual a inserção acontece.

Iluminados pelas poucas bibliografias nas quais identificamos a contribuição para a construção deste tópico, iniciaremos a discussão sobre a atuação profissional na atenção hospitalar, porque compreendemos que, ainda que sejam poucos os estudos sobre esse tema, eles são de extrema importância para o Serviço Social e para a construção desta tese.

Em conformidade com Silva (2016), os assistentes sociais inseriram-se nos processos de trabalho dos hospitais a partir de 1940 e, de acordo com as reflexões realizadas no tópico anterior, os profissionais tinham por função a cooperação e complementação ao fazer dos médicos. Silva (2016) também reflete que a intervenção dos assistentes sociais era demanda para que eles fossem um elo entre o hospital, a família e os usuários. Tal intervenção era realizada tendo por base a concepção de desajustamento social, que compreende, de acordo com Matos (2013), que “os problemas vividos pelos ‘clientes’ eram fruto de seu próprio comportamento e que, portanto, mudando seus hábitos, alterar-se-ia sua situação” (Matos, 2013, p. 57).

Importa destacar que não existe um saber exclusivo do Serviço Social em hospitais, bem como não existe na Política de Saúde. Podemos apontar que, de maneira geral, os processos de trabalho nos quais se inserem os assistentes sociais têm por centralidade uma rotina de atendimento direto aos usuários, seus respectivos acompanhantes e familiares com o objetivo de identificar as demandas que eles podem apresentar. Em geral, esse atendimento é prestado após a intervenção médica. Entretanto, caso os assistentes sociais estejam inseridos em processos de trabalho junto ao Núcleo Interno de Regulação (NIR), pode ser que os profissionais realizem sua avaliação antes que o usuário seja atendido pelos médicos. Na dinâmica hospitalar, no Serviço Social tem prevalecido em maior número os atendimentos realizados individualmente no leito ou também na sala de atendimento, se houver.

Podemos verificar que, em conjunto com os diagnósticos, são identificadas situações de complexidade que incidem no processo saúde-doença dos usuários

como: desemprego, uso abusivo de substâncias psicoativas, condições adversas de moradia e trabalho, violências, ausência de suporte social e familiar, dentre outras, que desafiam os assistentes sociais a conseguirem construir estratégias e táticas que viabilizem o acesso à saúde e deem conta de responder às demandas complexas que surgem nos atendimentos. Concordamos com Silva (2016) que também podemos apontar a dificuldade de acesso que acontece em todos os níveis de complexidade do SUS, que, na alta complexidade, se apresenta com emergências superlotadas, déficit no número de leitos hospitalares, demora no agendamento de consultas com especialistas, o que culmina na demora para iniciar o tratamento necessário.

As intervenções realizadas pelos assistentes sociais são registradas no prontuário dos usuários, nas fichas de atendimento do Serviço Social (que são anexadas aos prontuários) e são realizadas anotações nos livros de ocorrências. Concordamos com Matos (2013)

[...] se reconhecemos que a preocupação com a dimensão ampliada sobre os usuários - envolvendo sua condição de vida e trabalho, para além do seu quadro clínico - é uma questão, se não, ausente, pelo menos residual par aos outros trabalhadores da saúde, podemos perceber o quão relevante é a socialização (e o chamamento para a importância) para a equipe que atende o usuário sobre a realidade vivida por ele. Afinal, uma dieta equilibrada depende da existência de condições sanitárias na casa; um remédio a ser ministrado por um usuário com dificuldade de locomoção necessita de alguém que cuide dele; a ida para tratamento em um hospital precisa de recursos financeiros para sua locomoção, etc. Essas questões óbvias para o profissional do Serviço Social, podem não ser para outros trabalhadores e por isso, mais do que nunca, precisam ser sinalizadas pelos assistentes sociais em reuniões de equipe interprofissional (quando existem) e nos prontuários (Matos, 2013, p.1 31).

Essa preocupação se expressa na avaliação da determinação social da saúde que incide no processo saúde-doença dos usuários, que não é uma atribuição exclusiva dos assistentes sociais, mas que, devido à lógica medicalocêntrica e curativista, são os profissionais do Serviço Social que historicamente têm se incumbido dessa tarefa. Tal avaliação deve ser compartilhada com equipe multiprofissional no prontuário dos usuários, respeitando as informações estritamente necessárias para o conhecimento da equipe. Dessa forma, concordamos com Matos (2013) que o assistente social deve ter competência ético-política e teórica para avaliar o que de fato pode ser compartilhado com a equipe. Ressaltamos que intervenções ou demandas consideradas sigilosas pelo assistente social devem ser

armazenadas em local privativo, onde somente os profissionais do Serviço Social têm acesso.

De acordo com Costa (2007), as principais atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde com ênfase na inserção em hospitais são as seguintes: ações de caráter emergencial – que se expressam em atividades que visam à agilização de internações –, consultas, exames, tratamentos, obtenção de transportes, medicamentos, vagas em abrigos, roupas, órteses/próteses, entre outras; educação, informação e comunicação em saúde: consiste em ações de orientação, com abordagens individuais, coletivas, grupais, visando a esclarecer, informar e buscar soluções às demandas apresentadas; planejamento e assessoria: de forma geral, são ações que preveem a reorganização dos processos de trabalho no SUS; mobilização e participação social: consistem em ações de caráter educativo e político-organizativo, que têm por objetivo sensibilizar os usuários a ocuparem os espaços de controle social.

Em conformidade com Silva (2023b), a maior expressão dos atendimentos do Serviço Social na atenção hospitalar, a organização do trabalho, se dá nos plantões, em que se realiza, para a autora, o trinômio aos atendimentos das demandas espontâneas: recebe, ouve e encaminha, que evidencia uma prática não refletida, sem planejamento e reduzida a intervenções isoladas.

Na contemporaneidade seguimos ainda em processos de trabalho nos hospitais com intervenções complementares aos médicos, através da orientação de exames, regulação desses e até mesmo a entrega deles (Silva, 2023b). A questão central aqui não é sermos demandados para essas atividades, mas sim restringir o nosso fazer a elas, que não requisitam aspectos intelectuais de nosso exercício profissional e demandam apenas ações burocráticas. Ao reduzirmos nosso trabalho a essas respostas burocráticas e imediatistas, estamos nós mesmos (assistentes sociais) reduzindo nossa autonomia profissional, que, na maior parte dos espaços sócio-ocupacionais, já é restrita.

Ainda em conformidade com Silva (2023b), na rotina do hospital, as ações só ganham significado quando são vistas pelos outros profissionais, seja porque conseguimos marcar uma consulta, seja porque conseguimos a liberação de insulina, seja por um cartão de alimentação liberado a um acompanhante, seja porque o médico pediu e conseguimos entrar em contato com algum familiar. Ações essas muito aquém

do rol de ações de atribuição dos assistentes sociais, que contribuem para a construção da imagem da profissão na Saúde.

Cabe ressaltar que o Serviço Social tem imagem e tem também identidade profissional, e na saúde elas vêm se construindo no percurso histórico e estão intrinsicamente relacionadas às demandas que os assistentes sociais atendem (Silva, 2016). Sendo assim, são os assistentes sociais que constroem essa imagem e identidade na atenção hospitalar através do seu fazer profissional. A resposta a essas demandas são construídas, no cotidiano, a partir de estratégias e táticas que expressam o “o que faz?”, “por que faz?” e o “como faz?” o assistente social da atenção hospitalar.

Os dados coletados e analisados na pesquisa de campo, que será apresentada no próximo item desta tese, buscam identificar as estratégias utilizadas pelos assistentes sociais para concretizar um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social na alta complexidade de Juiz de Fora/MG a partir da compreensão que eles possuem sobre as estratégias que utilizam em seu trabalho profissional e na tentativa de perceber se há tendências no trabalho dos profissionais de realizar um trabalho crítico e competente com o projeto hegemônico da categoria.

4 ESTRATÉGIAS DO SERVIÇO SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE DE JUIZ DE FORA/MG

O presente capítulo foi elaborado com o objetivo de realizar reflexões e discussões suscitadas a partir da análise das entrevistas realizadas com nove assistentes sociais que exercem a profissão nos seguintes hospitais de Juiz de Fora/MG: Hospital Universitário HPS e na Santa Casa, entre julho e agosto de 2022.

O capítulo se inicia com as reflexões sobre estratégias e táticas no trabalho dos assistentes sociais para posteriormente, apesar de termos nos deparado com um número de bibliografias incipientes, discorrer sobre a alta complexidade de Juiz de Fora, onde as assistentes sociais participantes da pesquisa exercem a profissão, para no momento seguinte apresentarmos a sistematização e análise dos dados extraídos na pesquisa de campo.

4.1 O DEBATE SOBRE AS ESTRATÉGIAS E TÁTICAS NO TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS

Os termos estratégia e tática possuem origem militar e são, por esse motivo, encontrados inicialmente em obras relacionadas à guerra. Nosso debate, então, inicia-se por meio de um grande estrategista: Carl Von Clausewitz. Como em nosso trabalho nos orientamos pelo método materialista histórico-dialético, também abordaremos a temática em Marx e Engels, que não centram seus estudos em torno das estratégias e táticas, mas nos oferecem caminhos para pensarmos essa temática nesta matriz do pensamento.

Em Clausewitz (2008), no livro *Princípios da Guerra*, as estratégias e táticas são elaboradas em contexto de guerra, com o objetivo de alcançar a vitória, atacar e se defender dos inimigos, invadir territórios, identificar pontos fortes e fracos nos inimigos. Ações essas, podemos dizer, prescritivas, muito bem planejadas, desenhadas, mas sem levar em conta a conjuntura e o contexto no qual se delineia uma guerra, como se fosse possível antever um ataque ou um contra-ataque de forma tão precisa ao ponto de poder responder a eles com total êxito seguindo as indicações do autor mencionado anteriormente.

Conforme Clausewitz (2008), é por meio do domínio da teoria da guerra que encontramos reflexões acerca de todas as situações possíveis encontradas durante

aquele conflito. Então, os líderes precisam estabelecer uma meta e persegui-la para alcançar a vitória. O autor (2008) expõe que deve ser dada a cada comandante uma direção principal para sua respectiva marcha, além de apontar o inimigo como objetivo e a vitória como a meta que cada um deve perseguir nas batalhas. Importa destacar que, para ele, cada guerra é composta por diversas batalhas.

De acordo com Clausewitz (2008), a estratégia é uma “combinação de batalhas individuais para alcançar o objetivo da campanha ou da guerra” (Clausewitz, 2008, p. 104). Assim, podemos compreender que a estratégia pode ser entendida enquanto o plano a ser seguido, sendo dessa forma mais geral que as táticas. As estratégias indicam o caminho que deve ser trilhado. Para ele (2008), o elemento surpresa tem um papel mais importante no campo das estratégias do que nas táticas em si. Esse elemento de forma bem delineada no plano estratégico tende a pegar o adversário desprevenido. Sem contar com tal elemento, o inimigo não conseguirá contra-atacar, levando, assim, à vitória na batalha.

Clausewitz (2008), reconhece que podem surgir obstáculos a serem superados durante a guerra e aponta que tais obstáculos só serão vencidos com grande aplicação dos líderes. Dessa forma, observar, antever e planejar são de extrema importância para alcançar o fim almejado pelo líder, definindo uma boa estratégia.

Em Bogo (2008), na unidade dedicada a Clausewitz, “tática é a teoria do uso das forças armadas no recontro. Estratégia é a teoria da utilização de recontros para o objetivo da guerra” (Bogo, 2008, p. 81). Assim, embora estratégia e tática muitas vezes sejam tomadas como sinônimos, há diferenças entre elas: as estratégias se relacionam ao planejamento dos combates ao longo de uma guerra, as táticas se referem ao modo como cada um dos combates deve acontecer: vamos utilizar artilharia, cavalaria ou infantaria nos combates? Vamos atacar de que maneira? Por onde?

Como sinalizado por Paula (2021), “a tática consiste na formulação racional de formas de organização e de realização dos combates – das batalhas isoladamente” (Paula, 2021, p. 42). O exército, então, deve estar preparado para atacar o adversário e assim alcançar, o mais rápido possível, o objetivo da guerra. Concordamos com a autora que essa ação imediata, essa manobra de guerra, constitui a tática (Paula, 2021).

As estratégias respondem às seguintes perguntas: O quê? Quando? Onde? As respostas a estas indagações compõem o plano estratégico. Uma medida estratégica

contém intencionalidade. Já as táticas são decisões em torno da forma como as forças serão usadas e com quais instrumentos. Conforme Paula (2021), “a estratégia organiza as táticas à luz de um objetivo final” (Paula, 2021, p. 43). A guerra não se configura em um único momento específico. Ela se constitui de diversos combates, recontros. E as estratégias não podem ser pensadas exclusivamente para os momentos de combate. Bogo (2008) ressalta como parte do plano estratégico os suprimentos para o exército, hospitais para os feridos. Sendo assim, a subsistência da tropa compõe também a estratégia. Já o uso, a distribuição das tropas, compõe as táticas.

De acordo com Bogo (2008, p. 107),

para a estratégia, a vitória, ou seja, o sucesso tático é primeiramente um meio e aquilo que leva diretamente à paz e o seu objetivo final. A aplicação desses métodos ao objetivo é do mesmo modo, pensada de acordo com circunstâncias que possuem maior ou menor influência sobre ele.

Isso quer dizer que a vitória supõe sucesso tático e que o objetivo está ligado à estratégia. Ou seja, antes de direcionarmos nossa atenção à estratégia e tática, devemos já ter traçado um objetivo. A estratégia e a tática são as mediações que nos levarão a alcançar o objetivo. Sendo assim, primeiro nossa ação deve ser direcionada a um objetivo. Após tecê-lo, elaboramos a estratégia que vai nos guiar a alcançá-lo. E somente após pensarmos a estratégia vamos elaborar as ações táticas para alcançar o que se pretende.

No entanto, é imperativo que não incorramos na ingenuidade de presumir que traçados estratégia e táticas e definido o objetivo da ação o alcançaremos. Conforme Paula (2021), as estratégias e táticas podem melhor direcionar nossas ações à realização do objetivo traçado, mas de modo algum asseguram que vamos conquistá-lo.

Importa ressaltar que acreditamos que estratégias e táticas não devem ser tomadas enquanto um manual prescritivo de inúmeras ações. Devem, então, oferecer possibilidades de construção, reflexões que partam da realidade, da conjuntura vivenciada. Sendo assim, encontramos na tradição marxista as possibilidades de pensar essa temática a partir do desvelamento da realidade. E, para tanto, pretendemos elucidar as táticas e estratégia partindo das seguintes obras: *Manifesto do Partido Comunista* e da *Mensagem do Comitê Central à Liga dos Comunistas*.

Importa ressaltar que, no método materialista histórico-dialético em Marx, pergunta-se o “porquê” dos fatos procurando apreender sua essência. A realidade nesse método é tomada, primeiramente, como opaca (Ianni, 2011). Isto é, a realidade não se deixa conhecer em sua imediatez. Sendo assim, é necessário que se reflita criticamente sobre ela, e que, a partir dessa reflexão, a apreendamos em sua totalidade.

Para além disso, entendemos que pensar a temática das estratégias e táticas a partir do método materialista dialético é ainda cuidar para que ambas estejam a serviço da transformação da realidade. Isso não significa entender que as estratégias e táticas por si só podem contribuir para a transformação societária. Mas acreditamos que ambas, quando postas em ação no cotidiano, representam uma força transformadora que indica à intervenção na realidade os caminhos para a transformação.

A partir dessa reflexão, concordamos com Bogo (2008) quando o autor expõe que o tema da estratégia “é obrigatório para quem se coloca a tarefa de pensar a transformação da sociedade” (Bogo, 2008, p. 7). Marx e Engels, em *Manifesto do Partido Comunista*, escrito em 1848, traçam como objetivo o caminho para chegar ao socialismo através da revolução e apontam que os objetivos dos comunistas são: “a constituição do proletariado em classe, a derrubada do domínio da burguesia, a conquista do poder pelo proletariado” (Marx; Engels, 2008, p. 30). Mas importa dizer que Marx e Engels não trabalham os conceitos de estratégia e tática para elaborar planos ou colocar ações em prática. Entretanto, é possível tecermos algumas problematizações nessa obra especificamente.

No *Manifesto do Partido Comunista*, Marx e Engels retratam a divisão entre duas classes fundamentais, diretamente opostas, a partir da ascensão do capitalismo, com o declínio do sistema feudal: burguesia e proletariado. Os autores inferem que a sociedade burguesa não elimina as contradições de classe que existiam. Com ela surgem novas classes, novas formas de opressão e novos meios de lutar (Marx; Engels, 2008).

Marx e Engels (2008), então, indicam que, para enfrentar a sociedade burguesa e esses novos tipos de opressão e exploração, deveria ser criado um programa político. A criação desse programa, conforme Paula (2021), se configura como uma estratégia na luta pela transformação societária. E com a criação desse programa, os trabalhadores teriam direcionamento em sua luta.

Paula (2021) sinaliza para uma importante estratégia construída por Marx e Engels no Manifesto. Os autores apontam para a dispersão dos trabalhadores em todo o país que, embora se unam para agir, ainda não há uma união coletiva, como podemos perceber na seguinte passagem:

se, por vezes, se juntam para agir, isso ainda não resulta de sua própria união, mas da união da burguesia que, para alcançar seus objetivos políticos, precisa pôr o proletariado em movimento e ainda consegue fazê-lo. Nessa fase, portanto, os proletários não lutam contra os seus inimigos, mas contra os inimigos de seus inimigos [...] (Marx; Engels, 2008, p. 22).

A estratégia aqui se expressa na organização proletária para combater a burguesia: seu inimigo fundamental. Os adversários da burguesia são: os proprietários de terra, o resíduo da monarquia absolutista, os próprios pequenos burgueses, os burgueses não industriais, como também expresso em Marx e Engels (2008). Por ser uma luta na qual os proletários são postos em movimento pela burguesia e para enfrentar os inimigos dela, qualquer vitória alcançada nesse momento histórico deve ser creditada à burguesia e não ao proletário. Mas como Marx e Engels (2008) apontam: “de tempos em tempos os trabalhadores saem vitoriosos [...] O verdadeiro resultado de suas lutas não é o sucesso imediato, mas a união crescente [...] (Marx; Engels, 2008, p. 23). Essa união dos proletários pode ser entendida enquanto uma tática que visa à sua emancipação.

Marx e Engels (2008) ainda apontam para táticas a serem realizadas nos países avançados, que, sinteticamente, apresentamos: expropriação da propriedade latifundiária, imposto fortemente progressivo, confisco da propriedade de todos os emigrantes e sediciosos; centralização do crédito nas mãos do Estado; organização conjunta da agricultura e da indústria; entre outras. Importa destacar que todas essas táticas e as estratégias aqui expressas não podem ser entendidas enquanto receitas a serem aplicadas para alcançar os objetivos revolucionários expressos no Manifesto. Apenas expressam caminhos, “direcionamentos estratégicos”, nas palavras de Paula (2021), que podem nos levar a alcançar tais objetivos.

Na *Mensagem do Comitê Central à Liga dos Comunistas*, Marx e Engels (1982), escrita em 1850 no formato de panfleto e publicada em 1885 pela primeira vez por Engels, os autores ainda tinham esperança em um novo ascenso da Revolução. Na mensagem os autores apontam também para a necessidade de criação de um partido proletário independente. A revolução em permanência aparece na carta como

estratégia que deve conduzir à supressão da propriedade privada, das classes e à fundação de uma nova sociedade.

Marx e Engels (2022), na mensagem, sinalizam também para a necessária organização e armamento dos operários. De acordo com os autores, “sob nenhum pretexto podem as armas e munições sair-lhes das mãos, qualquer tentativa de desarmamento tem de ser frustrada, se necessário, pela força” (Marx; Engels, 2022, p. 6).

Os autores defendem que o proletariado não deve se unir aos pequenos burgueses democratas, pois tal união apenas atenderia aos interesses deles. Ressaltam que os proletários, principalmente a Liga²², devem se organizar e se constituir em

uma organização do partido operário autônoma, secreta e pública e para fazer de cada comunidade o centro, o núcleo de agrupamentos operários, nos quais a posição e interesses do proletariado sejam discutidos independentemente das influências burguesas (Marx; Engels, 2022, p. 5).

Com os interesses dos proletários definidos coletivamente, os autores expõem a necessidade de que as reivindicações dos proletários sejam em todas as oportunidades apresentadas. As garantias aos proletários precisam ser defendidas de modo que os novos governantes as atendam e façam concessões a eles. Essas podemos dizer que são mediações táticas que Marx e Engels (2022) expressam, visto que elas possuem implicações cotidianas. Quando os autores externam que o grito de batalha dos proletários tem de ser a revolução permanente, eles afirmam que os proletários não realizarão seus interesses de classe sem passar por um desenvolvimento revolucionário de longo prazo (Marx; Engels, 2022). E isso significa que as estratégias e táticas não podem se resumir em fórmulas matemáticas e universais a serem aplicadas na realidade.

Estratégias e táticas são construídas partindo de determinada realidade, contexto e conjuntura histórica. Não se resumem em prescrições para alcançar um dado objetivo geral. Inclusive, a construção do próprio objetivo não está apartada da determinação histórica. Estratégia e tática, como sinaliza Paula (2021), “não devem ser compreendidas como manuais indicativos da ação, e sim, percebidas como

²²A Liga Comunista pode ser considerada o primeiro partido político marxista (Marx; Engels, 2022). Ela foi fundada em 1847 por Marx e Engels, e o Manifesto do Partido Comunista foi escrito pela Liga.

processos a serem construídos a partir de determinada realidade” (Paula, 2021, p. 13), que, por sua vez, é dinâmica, dialética, em permanente construção.

Cabe nesse momento sinalizarmos que consideramos que, até a tese de Luciana de Paula (2014)²³, não havia um aprofundamento sobre o debate das estratégias e táticas no Serviço Social. Existiam apenas indicações em alguns autores quanto à necessidade de aprofundamento da temática.

Compreendemos a tese de Paula (2014) enquanto um divisor de águas no debate sobre esta temática no Serviço Social. Na autora (2014), podemos encontrar um debate de fôlego e peso teórico-metodológico na discussão sobre estratégias e táticas na perspectiva marxista.

Em sua tese, Paula (2014) discorre que a discussão, no campo da tradição marxista, vem por vezes articulada à necessidade de “materializar” o Projeto Ético-Político do Serviço Social e aponta para a urgente necessidade de debatermos esse projeto na atualidade, considerado hegemônico, na realidade, no cotidiano. Concordamos com Paula (2014) que os assistentes sociais podem construir estratégias que potencializem e reforcem a luta por uma outra sociabilidade, mas não são a vanguarda responsável por conduzir a superação da ordem capitalista.

O desafio que está posto hoje à toda classe trabalhadora, inclusive aos assistentes sociais, é desenvolver táticas que implementem a estratégia de construção de uma nova ordem social. A construção dessa nova ordem é um dos princípios defendidos pelo Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Um projeto é uma projeção, um horizonte a ser perseguido, como problematizado em momento anterior. Ele contém intencionalidade. Mas, entre a intencionalidade presente em um projeto e a real possibilidade de efetivação, existem mediações que podem fazer com que tal intencionalidade se efetive ou não. Os princípios e valores do Projeto Ético-Político não são plenamente realizáveis em uma sociedade regida pela lógica do capital, o que não significa que não se expressem nas ações profissionais dos assistentes sociais.

Concordamos com Paula (2014) que as táticas e estratégias aqui se apresentam enquanto mediações entre o que se projeta e o que é possível de realizar no cotidiano. Dessa forma, estratégias e táticas não podem automaticamente

²³Importa destacar que neste material utilizaremos a autora Luciana Gonçalves de Paula para problematizar a temática das estratégias e táticas no Serviço Social.

materializar intenções ou projeções. Como sinalizado pela autora (2014), “considerar que esses elementos possam ser capazes de operacionalizar o Projeto Ético-Político do Serviço Social é considerar que uma teoria de ruptura possa se converter em uma prática de ruptura, apenas por meio da vontade e da intenção de seus agentes” (Paula, 2014, p. 434). O que os profissionais podem e devem construir são estratégias e táticas que expressem a defesa do Projeto Ético-Político, de seus valores e princípios, apontando assim para a necessidade de ruptura com a ordem capitalista.

O Serviço Social, enquanto especialização do trabalho coletivo dentro da divisão social, racial, sexual e técnica do trabalho, participa do processo de produção e reprodução das relações sociais²⁴.

Concordamos com Paula (2014) que o Serviço Social se conforma enquanto uma profissão eminentemente interventiva. Essa autora, citando Santos *et al.*, afirma que “o exercício profissional pode se expressar através de ações interventivas, formativas e investigativas” (Santos *et al. apud* Paula, 2014, p. 436). As ações interventivas expressam o modo de ser da profissão no cotidiano. As intervenções formativas se articulam e expressam a dimensão socioeducativa da profissão que incide sobre os usuários. As ações investigativas se articulam com o desvelamento da realidade e à produção de novos conhecimentos, conforme Paula (2014).

De acordo com a autora (2014), essas ações podem acontecer concomitantes umas às outras: “Assim, uma ação interventiva pode perfeitamente configurar-se como formativa [...] bem como, uma ação investigativa pode propiciar uma ação interventiva [...]” (Paula, 2014, p. 436). Mesmo que os assistentes sociais não tenham conhecimento sobre os diferentes tipos de intervenção e não tenham traçado uma finalidade para sua ação, todas essas ações estão articuladas a um determinado objetivo que se quer alcançar através da intervenção. Concordamos com Paula (2014) que o profissional, para ter clareza de sua ação e de seu objetivo, precisa ter estrategicamente planejado um projeto de trabalho que oriente sua intervenção profissional.

²⁴Entendemos que a reprodução das relações sociais “não se reduz, pois à reprodução da força viva de trabalho e dos meios materiais de produção. Não se trata, apenas, da reprodução material no sentido amplo: produção, consumo, distribuição e troca de mercadorias. Refere-se à reprodução das forças produtivas e das relações de produção na sua globalidade, envolvendo também, a reprodução espiritual: isto é, das formas de consciência social, jurídica, filosóficas, artísticas, religiosas e de antagonismos de classes [...]” (Iamamoto, 2007, p. 99).

Quando o assistente social não elabora seu próprio projeto de trabalho, ele acaba muitas vezes por implementar o projeto institucional, restringindo, assim, o seu fazer ao que lhe é demandado institucionalmente. Partimos da ideia de que as requisições patronais são impostas aos assistentes sociais. E essas imposições se colocam ao exercício profissional historicamente e são incontornáveis, pois estão relacionadas também com a própria existência do Serviço Social. Ao mesmo tempo que os assistentes sociais devem atender aos interesses da classe trabalhadora, da qual também fazem parte, devem corresponder aos interesses da instituição que contratou seu trabalho profissional. Essas requisições se revelam através das demandas que chegam ao Serviço Social mediante a gestão/instituição, da coordenação do setor e demais profissionais, bem como por meio dos usuários dos serviços.

Acreditamos que é através da autonomia profissional que os assistentes sociais podem conseguir imprimir ao seu trabalho um caráter crítico, propositivo, técnico, político por meio da elaboração de estratégias e táticas político-profissionais alinhadas ao Projeto Ético-Político da Profissão. Concebemos, assim como Paula (2014), que, para os profissionais construir estratégias e táticas político-interventivas comprometidas com o Projeto Ético-Político do Serviço Social, é necessário que os profissionais reconheçam dois componentes centrais do exercício profissional: o primeiro componente é o material-assistencial que se configura por meio da prestação de serviços, benefícios, programas ofertados aos usuários (Paula, 2014); e o segundo componente é o ideopolítico que influencia na forma de viver e de pensar dos usuários (Paula, 2014).

Ambos os componentes estão intrinsecamente interligados e se expressam na intervenção profissional dos assistentes sociais. Digamos, por exemplo, que o profissional viabilize o acesso a uma cesta básica a uma família. Nesse exemplo, o profissional põe em movimento o componente material-assistencial, expresso anteriormente. Nessa mesma intervenção, o assistente social coletiviza a demanda por cesta básica, aborda o aprofundamento da fome, expressando, assim, o componente ideopolítico de sua intervenção. Esse exemplo atesta o imbricamento existente entre ambos os componentes do exercício profissional. Ter consciência desses elementos propicia aos profissionais a construção de estratégias e táticas político-interventivas mais alinhadas ao objetivo de sua intervenção.

Assim como Paula (2014), concebemos que as estratégias e táticas articulam na intervenção profissional a tríplice dimensão do Serviço Social: técnico-operativa, ético-política e teórico-metodológica. Por esse motivo, Paula (2014) passa a chamar as estratégias e táticas de “estratégias e táticas político-operacionais” porque elas se expressam e aparecem no momento técnico-operativo do exercício profissional que sempre se encontra perpassado pelas outras duas dimensões da profissão. Conforme Paula (2014), “nessas estratégias e táticas político-operacionais também estão automaticamente embutidas as referências, os valores e os objetivos do assistente social” (Paula, 2014, p. 443).

Paula (2023) realiza indagações para dar clareza à unidade entre a tríplice dimensão na intervenção profissional, inferindo que na ação profissional devemos nos questionar: **Por que** a minha intervenção é necessária? Por que estou sendo demandada? Essas questões nos levam à dimensão teórico-metodológica, porque nos suscitam a pensar sobre o fenômeno gerador da demanda que nos chega, nos levando a pensar sobre o nosso objeto de trabalho: essa demanda se relaciona com qual expressão da “questão social”? Se relaciona com qual política pública?

Paula (2023) ainda realiza outros questionamentos: **para quê?** O que eu, assistente social, quero com a minha ação? Qual a finalidade da minha ação? Qual o objetivo da minha intervenção? Ao fazer essas indagações, o profissional está acionando a dimensão ético-política. A resposta à pergunta “para quê?” demonstra a direção impressa à minha intervenção.

A autora ainda realiza duas outras perguntas: **“o que fazer?”** e **“como fazer?”** Essas duas perguntas estão articuladas à dimensão técnico-operativa da profissão. Revelam as técnicas, estratégias, táticas, os instrumentos. Concordamos com Paula (2014) quando aponta que as estratégias e táticas não podem ser manuais prescritivos, como já abordado. Estratégias e táticas devem ser construídas a partir do processo interventivo na realidade, que é dinâmica, mutável. As ações profissionais

materializam o caráter interventivo do Serviço Social, sendo orientadas pelas escolhas teórico-metodológicas e ético-políticas dos profissionais, e direcionadas pelas estratégias e táticas político-profissionais gestadas pelos assistentes sociais (Paula, 2014, p. 459).

O momento da intervenção profissional condensa diversos elementos. Um desses elementos é a escolha de um determinado instrumental que, conforme Paula (2014), é uma tática político-operacional de fundamental importância ao assistente

social. A escolha do instrumento é uma tática que compete exclusivamente ao assistente social. É o profissional quem opta por escolher o instrumento mais adequado para alcançar o objetivo de sua intervenção, possuindo autonomia para tal. Nenhum instrumento é conservador, revolucionário ou progressista por si só. É o profissional quem imprime a ele essas tendências, pois a ação profissional será sempre “dotada de determinada concepção teórico-metodológica e de escolhas ético-políticas” (Paula, 2014, p. 461).

Para realizar seu trabalho, o assistente social põe em movimento um conjunto articulado de instrumentos e técnicas. Os instrumentos potencializam a ação profissional do assistente social. Já as técnicas são habilidades para o trato dos instrumentos (Paula, 2014). São, portanto, as habilidades desenvolvidas para operacionalizar os instrumentos. As técnicas não são neutras, porque é o profissional quem as aplica aos instrumentos. Então, contêm nela intencionalidades e conhecimentos.

Em conformidade com Paula (2014),

a escolha da técnica a ser utilizada no manuseio de um determinado instrumento é uma estratégia político-interventiva de suma importância para o assistente social. Ela não necessariamente determinará, mas certamente influenciará na direção ético-política da ação profissional do assistente social (Paula, 2014, p. 464).

As técnicas estão, então, no rol de estratégias que podem ser construídas pelo assistente social. A escolha de determinada técnica é o que vai dizer o tipo de abordagem utilizada no manejo de um instrumento específico. Ratificamos Paula (2014) quando a autora sinaliza que a um mesmo instrumento podem ser aplicadas diferentes técnicas, podendo expressar diferentes concepções teórico-metodológicas. Um mesmo roteiro de entrevista pode ser utilizado por diversos profissionais com matrizes de pensamentos distintas.

Defendemos, então, a elaboração de estratégias e táticas político-operacionais não como manuais ou roteiros prescritivos para uma determinada intervenção profissional. Nesse sentido, as defendemos enquanto mediações que apontam um caminho para o fazer profissional e as táticas como o caminho que deve ser trilhado para alcançar o objetivo da intervenção qualificada e alinhada ao projeto profissional.

Cabe-nos aqui elucidar que a hegemonia do Projeto Ético-Político do Serviço Social, na contemporaneidade, está cada vez mais em xeque. Existem hoje muitos

profissionais, em virtude de diversos fatores, que não se pautam no Projeto Ético-Político, assim como existem aqueles que verbalizam sua defesa, mas não expressam seus valores e princípios, em conformidade com o que expomos anteriormente.

Concordamos com Paula (2014) que, entre as muitas vertentes que se colocam como opositoras ao Projeto Ético-Político, está o Serviço Social Clínico. Entendemos este enquanto uma estratégia profissional que elenca como tática as práticas terapêuticas.

Na atualidade assistimos, no Serviço Social na Saúde, à retomada do conservadorismo, mas sob uma nova roupagem dita neoconservadora que tem se expressado, por exemplo, na requisição de que os assistentes sociais ofereçam apoio terapêutico aos usuários dos serviços e oferecendo conforto emocional na comunicação do óbito. Essas requisições se articulam com a prática do Serviço Social Clínico que defende que a intervenção profissional deve fortalecer de maneira psicossocial os usuários, a partir de um tratamento social (Paula, 2014).

É evidente que o sofrimento psíquico dos usuários pode ser agravado em virtude das múltiplas expressões da “questão social” que os sujeitos vivenciam. Entretanto, a subjetividade é o objeto de trabalho da psicologia e não do Serviço Social²⁵. Cabe ressaltar que existem muitos assistentes sociais que defendem as práticas clínicas enquanto uma área de atuação do Serviço Social, e esse fato demonstra que o neoconservadorismo vem ganhando adeptos na categoria profissional. São eles assistentes sociais que tomam o “psicossocial” enquanto objeto de trabalho, e não como uma área de atuação e acabam por psicologizar as expressões da “questão social”, oferecendo “tratamento social” a elas. Esses profissionais operacionalizam, como estratégias de atendimento, aos usuários e às suas famílias, as terapias comunitárias e de família, visando ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e ao empoderamento.

Em linhas gerais, as intervenções pautadas na prática clínica resgatam a individualidade exacerbada pelo capitalismo. Tal prática reitera ações praticadas no passado pelos assistentes sociais na Saúde: ações que objetivam o ajustamento dos sujeitos, que colocam neles a possibilidade de, individualmente, superar as condições que geram seu aviltamento, ações que buscam remover o que “bloqueia” o

²⁵Importa destacar que o conjunto CFESS/CRESS tem publicações e normativas que vedam a prática do Serviço Social Clínico. Para aprofundamento quanto à temática, verificar o site do CFESS.

desenvolvimento pessoal, que buscam trabalhar as potencialidades dos sujeitos a partir do seu empoderamento. Ações que maquiam a raiz da pobreza e da miséria na sociedade capitalista e camuflam a relação de exploração (Vasconcelos, 2015).

Ainda no rol das práticas clínicas, temos outra requisição institucional que nos tem chamado atenção em contexto pós-pandemia: a mediação de conflitos. Essa que sempre acontece de forma a dar recomendações as partes envolvidas e apoiá-las, como se os assistentes sociais tivessem um aporte técnico-operativo ou teórico-metodológico próprio para solucionar essas questões. Ainda nesse “âmbito familiar”, os assistentes sociais têm sido requisitados também para comunicar altas, óbitos, transferências, entrar em contato com os familiares para requisitar documentos, exames anteriores, entre outros.

O Serviço Social é entendido enquanto a profissão que cuida da família e não por acaso essas atividades são demandadas aos assistentes sociais, que ainda são encarados como “moças boazinhas”, recatadas, educadas, que sabem falar e tratar bem as famílias. Os contatos com os familiares devem ser realizados por aqueles que desejam que tal contato seja realizado, afinal, são eles que conhecem o motivo da solicitação. A comunicação de óbito deve ser realizada por quem tem competência técnica para explicar a causa-morte, ou seja, o médico. O assistente social tem importante e delimitado papel nas situações de óbito que tem a ver com as orientações sobre o acesso aos benefícios assistenciais, previdenciários, conforme Resolução 03/2020, publicada pelo CFESS.

Outra expressão contemporânea que se coloca de forma contrária ao Projeto Ético-Político do Serviço Social é o movimento atual de assistencialização das políticas públicas que tem se espalhado pelo Serviço Social, ratificando uma profissão da assistência. Conforme Paula (2021), os governos têm se debruçado na elaboração de táticas gerais que também têm tido incidência no exercício profissional dos assistentes sociais. Tais táticas se expressam nos manuais, cartilhas, leis, decretos que são construídos no espaço governamental com o objetivo de orientar o trabalho dos técnicos. Algumas dessas táticas foram construídas também por assistentes sociais que não tomam como horizonte o Projeto Ético-Político do Serviço Social, mas são documentos que direcionam a prática profissional nas Políticas Públicas.

Dando seguimento à autora, na Proteção Social Básica e Especial da Política de Assistência Social, temos o prontuário SUAS, que sintetiza o planejamento de ações junto a uma determinada família acompanhada nessa política (Paula, 2021).

Esses manuais, cadernos, em muitos espaços, acabam por ser a única orientação ao trabalho profissional dos assistentes sociais, que acabam por reduzir o seu trabalho profissional a essas cartilhas e manuais de orientação governamental.

Conforme Paula (2021), existem muitos projetos profissionais disputando hegemonia com o Projeto Ético-Político do Serviço Social. Esses projetos que disputam hegemonia com o PEP possuem objetivos distintos para a profissão e, então, traçam estratégias e táticas também variadas, possuindo incidência no exercício profissional dos assistentes sociais.

Segundo a mesma autora (2021) existem estratégias político-profissionais que se apresentam como elaborações teórico-metodológicas tanto para o exercício profissional como para o processo de formação do assistente social. Essas estratégias se expressam nos marcos regulatórios da profissão: nas leis, resoluções, códigos de ética e currículos do curso de Serviço Social, e são construídas pelo conjunto de entidades da categoria profissional. Para se aproximar da realidade, as estratégias político-profissionais necessitam de táticas que podem se expressar, conforme Paula (2021), na formulação de metodologias, procedimentos operacionais, na construção de uma técnica de entrevista, entre outras.

No campo da formação profissional, a intelectual (2021) aponta para duas lacunas: a ausência ou pouca ênfase nas discussões acerca do debate sobre instrumentos e técnicas – o que confirma os hiatos relacionados às discussões sobre a dimensão técnico-operativa –, assim como expõe o espaço relacionado às pouquíssimas discussões no campo marxista sobre a construção de metodologias e procedimentos.

Essas lacunas tendem a se expressar no exercício profissional dos futuros assistentes sociais. A autora exemplifica através de um estudante de Serviço Social que realiza estágio. Suponhamos que a supervisora de campo desse aluno seja fenomenóloga e, durante o processo de formação, esse estudante não tenha tido contato com debates acerca de instrumentos e técnicas, ancorados no campo da tradição marxista (Paula, 2021). Esse estudante se formará, possivelmente, com um discurso de defesa do PEP, mas com um exercício profissional construído sob a base da fenomenologia. Os assistentes sociais certamente não conhecem todas as técnicas que podem ser aplicadas no uso de um determinado instrumento, mas isso não significa que tais técnicas não expressem uma perspectiva teórico-metodológica e ético-política específica.

Concordamos com Paula (2021) que as estratégias político-profissionais e as táticas técnico-operacionais qualificam o exercício profissional dos assistentes sociais. Por esse motivo, acreditamos também que é necessário avançar “em termos táticos na formulação de orientações técnico-operacionais sobre o exercício profissional do assistente social numa perspectiva crítico-marxista” (Paula, 2021, p. 180-181) desde o processo de formação dos profissionais.

Também concebemos que é necessário que haja no processo formativo o debate acerca de estratégias e táticas afinadas ao Projeto Ético-Político do Serviço Social. Elas se constituem em elementos que podem expressar a defesa desse projeto no cotidiano profissional. Os projetos profissionais articulam-se aos projetos societários

enquanto programática e ideário, mas as condições da sua realização dependem de estratégias as mais diversas que vão desde a construção de princípios e diretrizes orientadoras da prática, passando pela definição de objetos de pesquisa e intervenção, até as estratégias coletivas de luta e resistência (Mota, 2010, p. 28).

Concordamos com Paula (2021) quando afirma que a defesa de um determinado projeto de profissão é uma estratégia ideopolítica de parte da categoria profissional, porque através de um projeto os profissionais constroem um posicionamento político-ideológico frente à realidade. Tal posicionamento pode questionar a realidade posta ou reafirmá-la. Ou seja, se partimos da ideia de que toda estratégia é construída a partir de um objetivo, que, por sua vez, é informado por um determinado projeto, podemos afirmar que os projetos profissionais são estratégias de um projeto societário e possuem seus objetivos vinculados à manutenção ou supressão da ordem social vigente (Paula, 2021).

Como toda estratégia demanda a construção de táticas, estratégias ideopolíticas demandam a construção de táticas político-organizativas. Essas táticas se expressam: na produção do conhecimento, na organização política da categoria, na formulação de leis, resoluções, diretrizes que orientem o exercício profissional, entre outras, conforme menciona Paula (2021). Essas estratégias e táticas demandam no miúdo do cotidiano que os assistentes sociais construam estratégias e táticas político-interventivas que estabeleçam as mediações necessárias à implementação de um plano de trabalho, de um projeto de intervenção.

O que Paula (2021) demonstra é que

as estratégias e táticas se relacionam umas com as outras em um amplo movimento que vai desde a construção de macroprojetos societários, passando pela formulação de projetos coletivos – entre eles, os profissionais – até chegar à esfera do cotidiano, em que são também elaborados projetos de trabalho ou de intervenção profissional [...] Uma determinada estratégia impõe a construção de táticas e a partir de uma determinada tática estruturam-se novas estratégias que necessitam de outras táticas, e assim, por diante (Paula, 2021, p. 189).

Esse amplo movimento de construção de estratégias e táticas pelo Serviço Social é o que qualifica a intervenção profissional crítica junto à classe trabalhadora. Essa construção necessita ser planejada, coletiva e sistematizada. Sem esse planejamento, torna-se inviável o alcance aos objetivos profissionais. Essas estratégias e táticas são possíveis mediações que se colocam entre a intencionalidade do PEP e a sua defesa por parte da categoria profissional nos espaços sócio-ocupacionais. Esse projeto é o balão de oxigênio que mantém vivo, ainda que em leito de CTI, o Serviço Social sob perspectiva crítica. Nas palavras de Paula (2021), esse projeto pode ainda ser a bússola para que os assistentes sociais não se percam em meio às tempestades.

4.2 SERVIÇO SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS E TÁTICAS EM UNIDADES DE SAÚDE DE ALTA COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA/MG

Neste tópico, à luz do materialismo histórico-dialético, sistematizamos e analisamos os dados extraídos das entrevistas realizadas com as assistentes sociais, que trabalham na alta complexidade de Juiz de Fora em três Hospitais: Hospital Universitário, do Hospital Dr. Mozart Geraldo Teixeira e da Santa Casa de Misericórdia. Refletimos também, inicialmente, sobre a cidade de Juiz de Fora/MG, que é o território onde os hospitais estão localizados, bem como, abordamos a alta complexidade desse município.

4.2.1 A Alta Complexidade na Política de Saúde em Juiz de Fora/MG

Antes de iniciarmos a apresentação e análise dos dados, é importante realizar um resgate histórico sobre a cidade de Juiz de Fora/MG, território no qual os hospitais que participaram da pesquisa de campo estão localizados. Além disso, é precípuo

também discorrermos sobre esses hospitais na Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Juiz de Fora.

Importa destacar que localizamos um número limitado de bibliografias sobre a alta complexidade na Política de Saúde em Juiz de Fora/MG, mas consideramos relevante para a nossa tese tecermos, ainda que de maneira pontual, o resgate histórico e sua atual conformação.

Em conformidade com o IBGE (2003), Juiz de Fora é uma cidade situada na Zona da Mata Mineira, que se originou nas margens do Caminho Novo para Minas Gerais.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR MG 2020), Juiz de Fora é considerada o pólo da Região de Saúde, polarizando 8 microrregiões e 94 municípios. Consta no Plano Municipal de Saúde 2022-2025 que a cidade é considerada referência na prestação de serviços da alta complexidade nas seguintes especialidades: ortopedia, transplante (rim, medula, pâncreas, fígados e córnea), neurocirurgia, cardiologia, oncologia, partos e nascimentos de alto risco. Ainda segundo o Plano, a cidade também é referência no tratamento de doenças raras, diagnóstico de fibrose cística, processo transexualizador e Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais.

Juiz de Fora é considerada a principal cidade da Zona da Mata Mineira. Em conformidade com o último censo do IBGE (2022), a estimativa de população em Juiz de Fora é de 540.756 habitantes, sendo considerada a quarta maior população do Estado de MG.

A Secretaria de Saúde da cidade conta com 6 subsecretarias e 26 departamentos, que são responsáveis pela gestão municipal da Política de Saúde. De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2022-2025), Juiz de Fora conta com 1670 leitos de enfermaria, 374 leitos de UTI, contabilizados na rede pública e privada de saúde. Exclusivos no SUS, temos 1077 leitos de enfermarias e 259 leitos de UTI.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Juiz de Fora conta com 16 hospitais que compõe o sistema de saúde da cidade, sendo 14 hospitais gerais e 2 hospitais especializados, sendo 1 municipal, 1 federal, 1 estadual e 13 particulares.

Em conformidade com o CNES, os hospitais participantes da pesquisa de campo desta tese contam com um total de 525 leitos. Sendo eles assim distribuídos:

Hospital Dr. Mozart Geraldo Teixeira (HPS), 140 leitos; Santa Casa de Misericórdia, 231 leitos pelo SUS, e Hospital Universitário (HU), 154 leitos.

Em consonância com a tabela do CNES, essas são as Unidades de Alta Complexidade existentes em Juiz de Fora no Quadro 5:

Quadro 5 - Unidades de Alta Complexidade em Juiz de Fora/MG

<u>HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS</u>	Unidade de assistência de alta complexidade cardiovascular; assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade; centro de referência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia; unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional; unidade de assistência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia;
<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JUIZ DE FORA</u>	Unidade de assistência de alta complexidade cardiovascular; unidade de assistência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia; centro de referência em assistência a queimados; unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional;
<u>IBG SAUDE</u>	Centro de referência em alta complexidade cardiovascular; unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional; unidade de assistência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia;
<u>HOSPITAL EVANDRO RIBEIRO</u>	Centro de reabilitação auditiva;
<u>HOSPITAL MARIA JOSE BAETA REIS ASCOMCER</u>	Unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional;
<u>HOSPITAL REGIONAL JOAO PENIDO</u>	Unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional;
<u>HOSPITAL UNIVERSITARIO DA UFJF</u>	Unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional; unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional; unidade de assistência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia;
<u>HPS DR MOZART GERALDO TEIXEIRA</u>	Unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional;
<u>INSTITUTO ONCOLOGICO</u>	Unidade de assistência de alta complexidade em terapia;

Fonte: Ministério da Saúde (2025).

Dessa Forma, as Unidades em Alta Complexidade do SUS são: Hospital Universitário, Hospital Dr. Mozart Geraldo Teixeira, Santa Casa de Misericórdia e o Hospital João Penido. Dessas unidades, cabe sinalizar, que apenas o João Penido não participou da pesquisa de campo desta tese²⁶.

Ao iniciarmos os contatos com o comitê de ética, foram encaminhados diversos documentos que deveriam ser apresentados, inclusive um em que a autora desta tese se responsabilizaria em “dar créditos” a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) por participar da pesquisa de campo. Tendo em vista o exposto, optamos por não inserir a equipe do João Penido na pesquisa de campo deste trabalho. Assim, elencamos as equipes do Serviço Social do Hospital Universitário, do Hospital Dr. Mozart Geraldo Teixeira e da Santa Casa de Misericórdia.

A Santa Casa de Misericórdia foi fundada em 1854 pelo barão de Bertioga, José Antônio da Silva Pinto. Segundo informações do site (2025), a estrutura da Santa Casa é a terceira mais antiga de Juiz de Fora. Importa destacar que a Santa Casa não é um hospital 100% SUS, porque também realiza atendimentos privados.

O HU, por sua vez, foi fundado entre 1968 e 1970. Conforme site da unidade (2025), o HU possui 2 unidades. A unidade de internação funciona no bairro Morro da Glória. Já a unidade ambulatorial tem seu funcionamento no bairro Dom Bosco. Atualmente o HU é gerido pela empresa de direitos públicos EBSERH, e todos os atendimentos realizados, seja no ambulatório ou na internação, são 100% gratuitos.

Já o HPS foi fundado em 2005. É uma unidade considerada porta aberta do SUS, porque presta atendimentos de urgência e emergência. Segundo informação do site (2025), o HPS é considerado a principal entrada do SUS na região, com atendimento 24 horas por dia.

Importa destacar que os hospitais que participaram da pesquisa de campo da tese de doutorado, aprovada junto à plataforma Brasil e Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário de Juiz de Fora, conforme CAEE: 54485321.0.00005133²⁷, são os seguintes: Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

²⁶O hospital em questão não participou da pesquisa de campo, porque, quando iniciamos os contatos com as equipes de Serviço Social dos quatro hospitais, a equipe do João Penido foi a única que demonstrou não estar interessada em participar da pesquisa e também porque a equipe sinalizou a necessidade de passar pelo comitê de ética da FHEMIG, que gerencia o João Penido, antes de iniciarmos o processo junto à Plataforma Brasil.

²⁷O parecer emitido na Plataforma Brasil pelo comitê de ética consta no Anexo A desta tese.

(Unidade Santa Catarina), Hospital Santa Casa da Misericórdia, Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Teixeira (HPS), conforme já expresso em outros momentos desta tese.

O que importa ressaltar é que, independentemente da natureza ou de quem faz a gestão desses três hospitais, existe uma característica própria a eles: o de serem unidades nas quais o cuidado em Saúde acontece 24 horas por dia e nas quais a assistência à Saúde apenas se efetiva em regime de internação. Como em qualquer unidade de Saúde, as equipes das três unidades são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, além das equipes de apoio: recepção, vigilância, serviços gerais, entre outras.

Nossa atenção se volta nesse momento ao exercício profissional dos assistentes sociais, que tomamos na pesquisa de campo como nosso objeto de estudo, nos três hospitais acima mencionados.

4.2.2 Análise dos dados da pesquisa – as estratégias e táticas no trabalho de assistentes sociais em hospitais em Juiz de Fora/MG

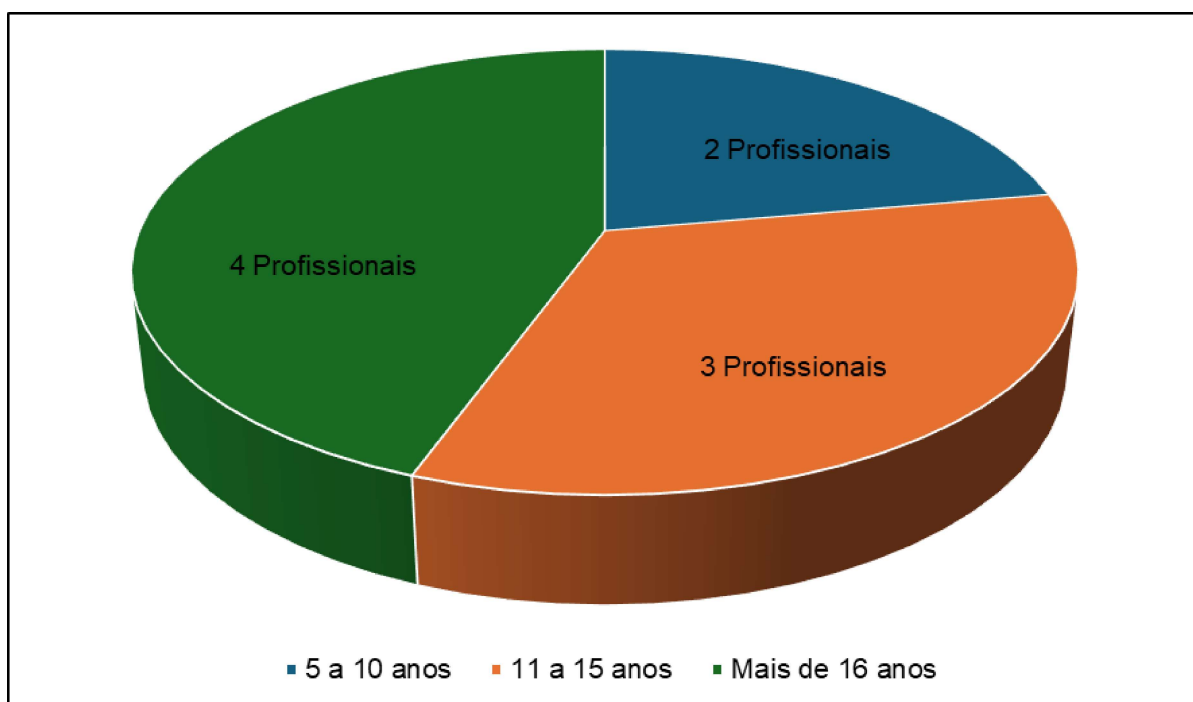
Em nosso estudo, partimos da **hipótese** de que a condição de assalariamento do Serviço Social, em contexto de ofensiva das políticas macroeconômicas de ajuste fiscal, de reestruturação produtiva e seus impactos no mundo do trabalho, e a escolha de determinado referencial teórico colocam desafios à construção de um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social, em especial em espaços como os de atendimento em Saúde, onde também se gestam atividades pontuais, fragmentadas, imediatistas e conservadoras.

Como metodologia, conforme já informado, fizemos a opção de realizar entrevistas semiestruturadas com as assistentes sociais, em conformidade com o roteiro, em anexo neste trabalho (Apêndice A). No Hospital Universitário realizamos quatro entrevistas, no HPS realizamos duas entrevistas e na Santa Casa realizamos três entrevistas. Importa ressaltar que somente no Hospital Universitário não realizamos entrevista com todas as profissionais, pois a autora deste material compõe a equipe da Unidade. Chegamos, então, ao quantitativo de nove entrevistas realizadas entre julho e agosto de 2022.

Optamos por apresentar a pesquisa de campo dividida em 4 grandes blocos: i) perfil profissional, ii) exercício profissional, iii) Projeto Ético-Político e iv) estratégias de trabalho.

No primeiro bloco, com relação à pergunta “Há quanto tempo você é formada?”, as respostas foram categorizadas da seguinte forma: entre 5 anos e 10 anos, entre 11 anos e 15 anos, e mais de 16 anos. Na primeira categoria entre 5 anos e 10 anos, temos 2 assistentes sociais, entre 11 anos e 15 anos, temos 3 profissionais com esse tempo de formação, e com mais de 16 anos, temos 4 assistentes sociais, conforme Gráfico 1 abaixo:

Gráfico 1 - Há quanto tempo a profissional se formou



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Esses dados expressam que a maioria das participantes da pesquisa de campo se formaram após a edição das Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) de 1996. E em relação à pergunta “Onde se formou?”, as nove assistentes sociais que participaram indicaram em suas respostas que se formaram na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Saber que a maior parte das Assistentes Sociais se formou após a aprovação das Diretrizes Curriculares é um dado importante, porque tais Diretrizes reafirmam o compromisso com a formação de profissionais críticos, propositivos e comprometidos

com a direção social da profissão defendida pelas entidades da nossa categoria profissional. Aqui cabe uma sinalização: apenas duas assistentes sociais possuem mais de 20 anos de formada; uma delas aponta que se formou há 29 anos, e a outra profissional sinaliza que tem 32 anos de formada. Ou seja, ambas se tornaram bacharéis em Serviço Social antes da aprovação das Diretrizes.

Importa destacar que as Diretrizes Curriculares do Serviço Social foram construídas coletivamente pela categoria profissional. Consideramos que as Diretrizes apontam para o amadurecimento teórico-crítico do Serviço Social. Nas Diretrizes Curriculares o processo de formação tem por base a dinâmica da vida social (Brasil,1996). As diretrizes curriculares foram estruturadas a partir de núcleos de fundamentação:

- a) núcleo de fundamentos teórico-metodológicos da vida social;
- b) núcleo de fundamentos da particularidade da formação sócio-histórica da sociedade brasileira; e
- c) núcleo de fundamentos do trabalho profissional (Brasil,1996).

Conforme apontado anteriormente, um dos pilares do Projeto Ético-Político são essas Diretrizes Curriculares. O projeto Ético-Político exige uma formação de um perfil profissional competente na tríplice dimensão da profissão: técnico-operativa, teórico-metodológica e ético-política. Assim, é necessário que os profissionais sejam formados de modo a apreender a realidade social sendo dotados de um arcabouço teórico-crítico que ofereça as bases para que esses profissionais apreendam a realidade e, então, proponham estratégias de ação.

Essa realidade é dinâmica e está em permanente estado de mudança. Estar atento a essas alterações é imperativo ao fazer dos assistentes sociais, como já exposto nesse material, pois todas essas transformações incidem diretamente nas demandas que chegam aos profissionais, no objeto de trabalho do Serviço Social, na formação profissional, no perfil dos profissionais e em seus respectivos processos de trabalho.

Acreditamos que captar e compreender todas essas transformações é condição primeira para um trabalho profissional qualificado que, por sua vez, coloca como exigência o processo de formação continuada dos assistentes sociais. No que concerne à formação continuada, nossa pesquisa de campo revelou que oito das nove assistentes sociais investiram em pós-graduações, sendo que três delas possuem

grau de mestre em Serviço Social. No Quadro 6 a seguir, expomos os ramos de especializações escolhidos pelas profissionais:

Quadro 6 – Especializações realizadas pelas assistentes sociais

Assistente Social 1	Gestão de pessoas e gestão de políticas sociais
Assistente Social 2	Área da infância e juventude
Assistente Social 3	Residência em Serviço Social hospitalar, planejamento e gestão social, instrumentalidade do Serviço Social; política social, Serviço Social e política de supervisão de estágio
Assistente Social 4	Especialização em curso- gestão e Serviço Social
Assistente Social 5	Instrumentalidade e Serviço Social, em curso- cuidados paliativos
Assistente Social 6	Saúde coletiva, mestrado em Serviço Social
Assistente Social 7	Saúde da família e mestrado em Serviço Social
Assistente Social 9	Saúde coletiva, docência na saúde, residência em saúde da família, E mestrado em serviço social

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

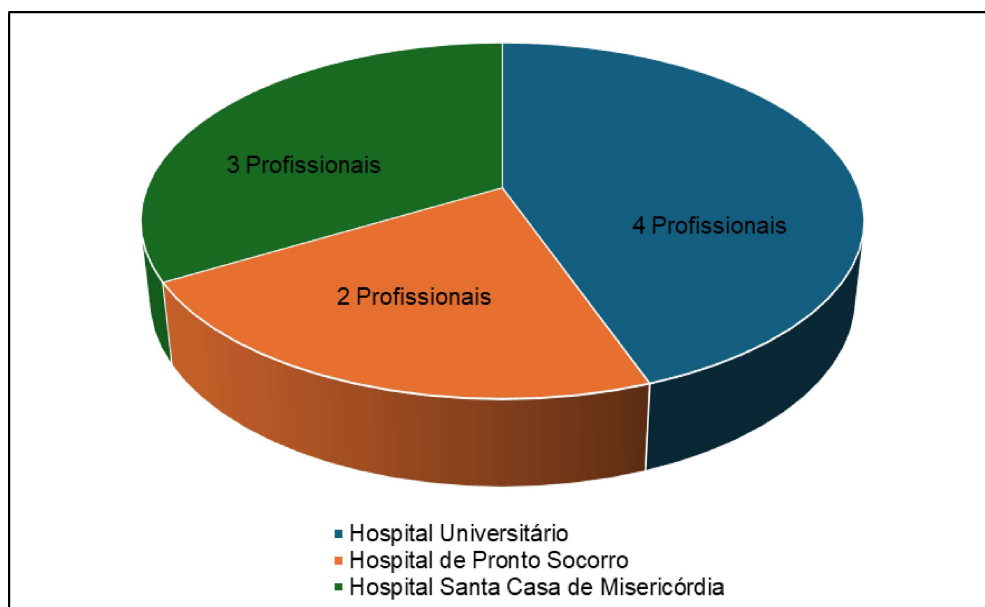
A formação continuada é de suma importância para as profissões que estão inseridas na divisão social, racial, sexual e técnica do trabalho. Partimos da compreensão de que investir na formação complementar dos assistentes sociais e dos estudantes de Serviço Social é ultrapassar as problematizações acerca das expressões da “questão social”, que são o objeto de trabalho da profissão, é investir no que pode evidenciar as crises capitalistas e as formas para superar o sistema, é fomentar o desvelamento das transformações societárias no mundo do trabalho que incidem diretamente na formação e nos processos de trabalho da classe trabalhadora,

é aplicar na criação de uma base teórico-metodológica que garanta um trabalho profissional propositivo, criativo que reflita sobre estratégias que visem à emancipação.

Através da análise dos dados da tabela podemos perceber que as assistentes sociais participantes da pesquisa buscam também áreas de conhecimento que não tomam o Serviço Social como objeto. Apenas três das profissionais optaram por especializações em Serviço Social, três optaram pelo Mestrado em Serviço Social. Enquanto quatro delas optaram por especializações correlatas ao Serviço Social. Aqui vale uma sinalização: a grande maioria das Escolas de Serviço Social das Universidades Públicas não oferecem especializações *lato sensu*, muito em virtude de não existir incentivo governamental, e as Escolas, para conseguir abrir vagas em pós-graduações *lato sensu*, teriam que se colocar na via da privatização do espaço público, se render à lógica do empresariamento, mercadológico, porque teriam que ofertar especializações privadas.

Com relação à pergunta “Em qual hospital você trabalha?”, chegamos ao Gráfico 2:

Gráfico 2 - Hospital onde as profissionais trabalham



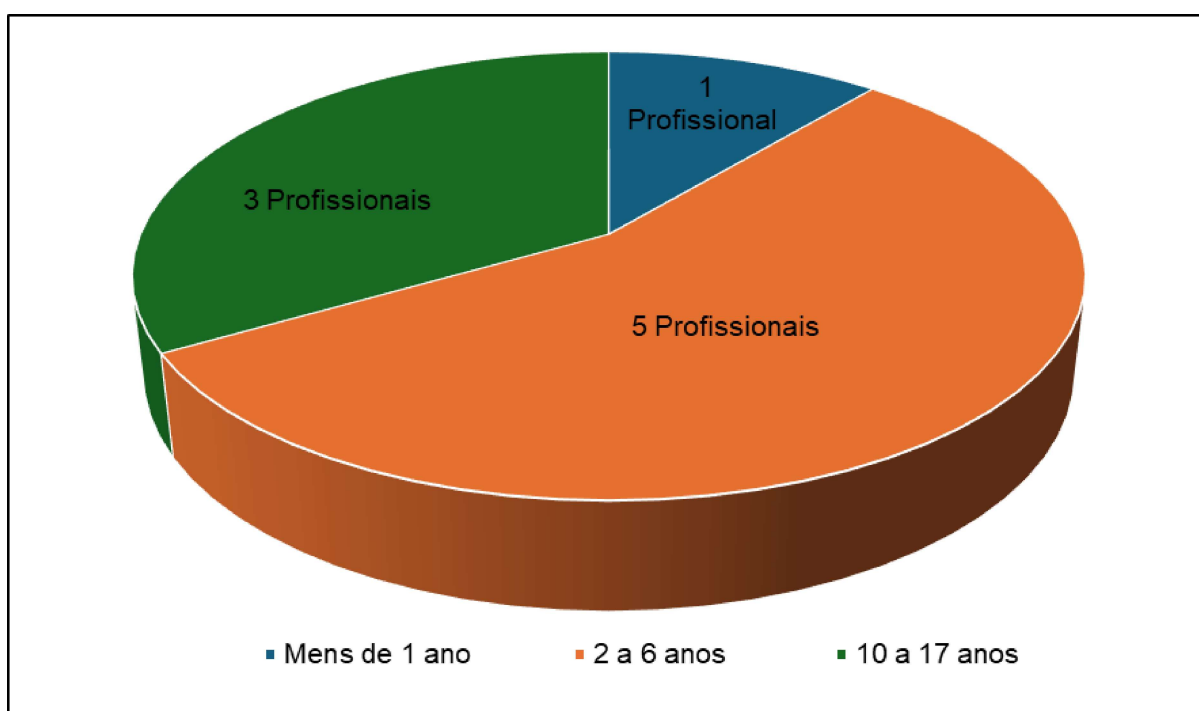
Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Podemos identificar, então, que o maior número de profissionais está no Hospital Universitário de Juiz de Fora. Enquanto o menor número de profissionais (2)

está nos HPS. Aqui vale uma sinalização quanto ao número de leitos que as Unidades de Alta Complexidade possuem. Além disso, é importante sinalizar para o fato de que o HPS é um hospital que atende também urgências e emergências. O Hospital Universitário é o que possui maior número de leitos (154) e conta com 4 assistentes sociais. Já o HPS conta com 140 leitos e tem 2 assistentes sociais. A Santa Casa conta com 231 leitos e 3 profissionais. Tais dados demonstram um número alto de leitos em relação ao baixo número de assistentes sociais que as três unidades dessa pesquisa possuem, o que pode demonstrar que o Serviço Social das três unidades está funcionando com uma equipe mínima, o que pode indicar também para a necessidade urgente de refletir estratégias e táticas que possam dar conta das inúmeras demandas que surgem nessas Unidades para o Serviço Social.

E com relação à pergunta “há quanto tempo atua no hospital?”, temos os seguintes dados no Gráfico 3:

Gráfico 3 - Há quanto tempo a profissional atua no hospital



Fonte: Elaborada pela Autora (2024).

Em relação à pergunta “Você é plantonista ou coordenadora?”, constatamos o seguinte:

Quadro 7 - Função desempenhada pelas profissionais

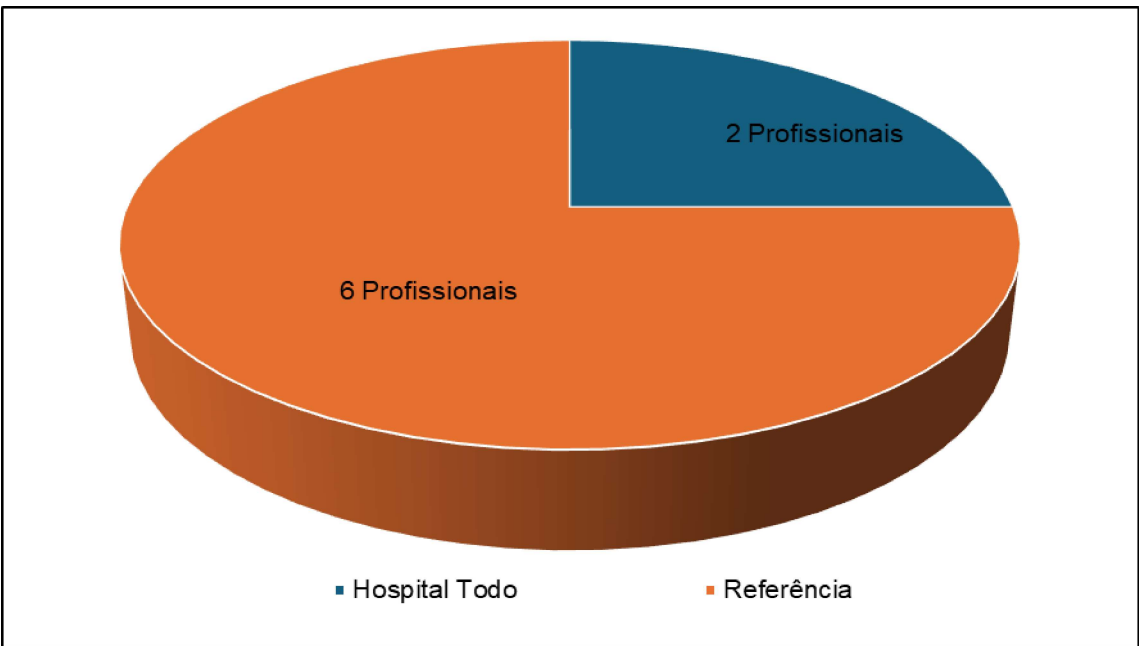
Quantitativo	Função
8	Plantonista (Diarista).
1	Coordenadora (Supervisora do Serviço).

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Em relação ao Quadro 7, vale inferir que as assistentes sociais informaram o termo “diarista” para abordar os plantões que realizam, e que a assistente social que referiu ser coordenadora informou durante a realização da entrevista ser a supervisora do Serviço (SIC).

Em relação à pergunta “Se for plantonista, atua no setor de emergência, enfermaria ou CTI?”, identificamos que as assistentes sociais entrevistadas entendem que seu trabalho se efetiva em setores específicos, nos quais elas denominam “referências” ou ocorrem em qualquer setor do hospital. E chegamos, então, aos seguintes dados:

Gráfico 4 - Setor onde as profissionais plantonistas atuam



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Em relação ao Gráfico 4, importa destacar que muitas assistentes sociais ressaltaram quem, ainda que não sejam referência de um determinado setor, em situações de necessidade, atendem outras enfermarias além da sua respectiva, conforme as falas seguintes:

Na realidade, nesses plantões de pronto atendimento, a gente atua é... realizando o atendimento no hospital como um todo. Porque a nossa carga horária é de 6 horas, embora eu seja referência hoje na Unidade de Terapia Intensiva e na Medicina de Mulheres, que são os usuários de demandas clínicas. A gente acaba atendendo os outros setores do hospital quando a colega de referência não está (Assistente Social 1).

[...] a gente subdivide os andares, mas não que eu seja específica desse andar. A gente troca os plantões e aí, quando o meu plantão se encerra e ficou alguma demanda, eu passo para a minha colega que vai me substituir e assim vice e versa, quando ela encerra, na parte da noite ela já me passa, para de manhã eu já estar sabendo, então nós duas atuamos entre aspas no hospital inteiro (Assistente Social 4).

Então, assim, a gente referencia, porém, todas acompanhamos os casos que estão em foco (Assistente Social 5).

Sim, eu sou referência de duas unidades, a unidade de ginecologia e de cirurgia de mulheres, as duas se caracterizam por serem enfermarias cirúrgicas. [...] E nos plantões a gente atende às demandas espontâneas e também as demandas das outras unidades quando a outra referência não está presente (Assistente Social 6).

Eu atendia setor específico e geral, né (Assistente Social 9).

Então, eu fico mais nas atividades ligadas à gestão, os atendimentos têm acontecido mais esporadicamente no sentido quando às vezes vem um usuário no setor e não tem assistente social no momento ou quando tem alguma que está de férias (Assistente Social 8).

Importa destacar que, durante a realização das entrevistas, ficou claro que as assistentes sociais identificam que, apesar de em alguns espaços estarem referenciadas por setor/enfermarias, todas elas colaboravam com os profissionais em outros setores em virtude de sobrecarga de trabalho ou até mesmo ausência do profissional de referência no setor, o que reflete a inexistência de número de assistentes sociais adequado para o número de leitos nos hospitais em questão.

O hospital que possui o maior número de leitos é o Hospital Universitário, que tem 154 leitos, conforme apontado anteriormente. Durante a realização da pesquisa, a unidade contava apenas com cinco assistentes sociais, mas uma delas estava inserida em atividade de gestão com pouca intervenção na assistência direta, então,

não vamos inseri-la na conta que segue: 154 leitos para quatro assistentes sociais, temos uma média de 38 leitos por profissional. Sendo assim, um quadro com quatro ou até mesmo cinco assistentes sociais para 154 leitos não é suficiente.

Por não ser suficiente, as profissionais que participaram da pesquisa de campo apontam que, além do seu setor de referência, precisam intervir nas demandas que surgem de outros setores. Além disso, vale lembrar que os hospitais funcionam 24 horas por dia, e que, em algumas das Unidades pesquisadas, as assistentes sociais são diaristas ou plantonistas 12 horas, ou seja, com o quantitativo irrisório de assistentes sociais que as Unidades possuem, não há garantia de cobertura em tempo integral pelo Serviço Social também, o que gera uma sobreposição de demandas de um turno ou, até mesmo, de um dia para o outro.

Essa situação gera uma sobrecarga de trabalho para as assistentes sociais, e pode gerar também uma desqualificação na assistência direta aos usuários, além de, supostamente, gerar também uma demanda que as profissionais sequer conseguem atender. Consideramos que essas demandas que existem, mas que, talvez, não cheguem para o Serviço Social ou, até mesmo que cheguem para os assistentes sociais, mas que as profissionais não conseguem atender, podem colocar em risco a vida, a segurança dos usuários. Então, consideramos que é urgente a ampliação do debate acerca da necessidade de elaborarmos estratégias que reflitam sobre o quantitativo de assistentes por leitos ou de estratégias que possam garantir um trabalho profissional qualificado nas Unidades de Alta Complexidade frente aos números incipientes de assistentes sociais que compõem seus quadros.

Em relação à pergunta “Em linhas gerais, o que você faz no hospital? Quais são as suas principais atividades?”, obtivemos o Quadro 8 a seguir:

Quadro 8 - Principais atividades das profissionais

Quantitativo	Atividade
2	Entrevista de internação
5	Entrevista social no leito

2	Demandas espontâneas
5	Escuta, orientação e encaminhamento,
3	Articulação com a rede
2	Articulação com a família
4	Supervisão de estágio e preceptoria
7	Reuniões de equipe e reuniões com familiares
2	Resposta a pareceres
2	Acessar um direito
1	Atividades de gestão

Fonte: Elaborada pela Autora (2024).

As respostas elaboradas pelas profissionais foram transcritas, e, a partir das transcrições, conseguimos extrair o principal eixo de análise que apareceu nas respostas: família, como podemos ver nas falas a seguir:

Orientações à família, acompanhante [...] Reunião com família (Assistente Social 1).

A gente tenta articular com a família para tentar entender esse desejo de abandono de tratamento (Assistente Social 2).

Reunião com familiares a fim de fortalecer vínculos afetivos, quando é possível (Assistente Social 4)

Então a gente faz esse acompanhamento, a gente tem a sala aqui para fazer o acolhimento, a gente realiza esse acolhimento à família... (Assistente Social 5).

[...] atendimento às famílias né, com orientação e acompanhamento, informação sobre serviços prestados no hospital (Assistente Social 6).

O atendimento às famílias né, com orientação e acompanhamento, informação sobre serviços prestados no hospital. A interlocução entre os usuários pacientes e familiares (Assistente Social 7).

Atendimentos individuais aos usuários, seus familiares e seus acompanhantes, com o objetivo de fazer essa correlação no contexto de vida (Assistente Social 9).

Tendo em vista que Família foi a temática que mais apareceu nas falas das assistentes sociais, cabe apontar que partimos do reconhecimento da família enquanto um dos espaços fundamentais vivenciados socialmente. De acordo com Nogueira e Monteiro (2013), essa vivência possui marcas das desigualdades sociais, além de ser marcada pela história e pelos aspectos culturais. Ainda conforme as autoras, os modos de sobrevivência das famílias são construídos em uma relação intrínseca ao modo de produção capitalista, sendo assim, as tensões advindas das desigualdades sociais e econômicas são fortemente sentidas pelas famílias periféricas, que vivenciam as múltiplas expressões da questão social de maneira mais intensa (Nogueira; Monteiro, 2013).

Autores que discutem a temática, como, por exemplo, Mioto, Pereira, Freitas, apontam que o formato das famílias brasileiras se encontra em transformação, em virtude da diversidade de arranjos nas relações familiares. De acordo com Nogueira e Monteiro (2013, p. 143),

constata-se um aumento significativo das famílias monoparentais, com predominância de mulheres como chefes de família; aumento das famílias recompostas como consequência do maior número de separações e divórcios, das famílias intergeracionais (três gerações convivendo sob o mesmo teto), com participação preponderante do idoso na renda familiar. Dentre outras configurações, está incluso o aumento da co-habitação e união consensual, dos casais sem filhos, de pessoas morando sozinhas (família unipessoal) e do número de famílias compostas (formadas por pessoas sem laço de parentesco).

Esses “novos arranjos familiares” (Mioto, 1997) atestam que não podemos falar de família, mas sim de famílias que muitas vezes não possuem laços de consanguinidade e sequer residem no mesmo espaço físico, mas apoiam-se e têm como atividade central o cuidado e a proteção e por esse motivo também são considerados Famílias. Esses novos arranjos impõem desafios ao trabalho dos assistentes sociais tanto no que diz respeito ao necessário entendimento ampliado acerca de seu conceito como também na compreensão ampliada das políticas públicas, porque, ainda que no pós-Constituição Federal de 1988 sejam expostos como deveres da família, da sociedade e do Estado na reprodução e proteção dos cidadãos, o que podemos verificar é a responsabilização quase que exclusiva para o âmbito familiar, culpabilizando as famílias pela via de discursos conservadores (Nogueira; Monteiro, 2013).

Na Política de Saúde, e mais especificamente na Alta Complexidade, podemos verificar a centralidade na família em situações como: desospitalização de usuários crônicos, no incentivo à reabilitação domiciliar de usuários acamados, usuários em cuidados paliativos, usuários internados sem margem de autonomia necessitando de cuidados em tempo integral. Precisamos ter clareza de que essa migração do cuidado hospitalar para o cuidado domiciliar é atravessada também pela responsabilização da família na mesma proporção em que o Estado se ausenta de seu papel (Mioto; Nogueira, 2013). Com essa transferência de responsabilidade, as famílias ficam sobrecarregadas e totalmente desassistidas, visto que o Estado se isenta desse cuidado no domicílio, porque o SUS não conta com o *home care*.

A clareza acerca do viés conservador de responsabilização das famílias no que se refere ao seu respectivo dever de provisionar, cuidar e proteger seus membros é imperativo à construção de um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social. Aproximar-se e apropriar-se das discussões sobre famílias é de suma importância para a construção de estratégias que efetivamente identifiquem as reais demandas dos usuários e de suas famílias. Nas entrevistas realizadas com as assistentes sociais, podemos identificar que as ações junto às famílias acontecem por meio de orientações, acolhimento e reuniões.

Cabe ressaltar a sistematização do quadro 8 abre o segundo bloco de apresentação da pesquisa de campo acerca do exercício profissional, que sistematiza ainda a pergunta “Em linhas gerais, o que você faz no Hospital? Quais as suas principais atividades?” No quadro anteriormente apresentado, temos cinco eixos de

análise que nos chamaram a atenção pelo quantitativo de vezes que apareceram nas respostas das assistentes sociais: reuniões de equipe e reuniões com familiares (7 vezes), entrevista social no leito; e escuta, orientação e encaminhamento (ambos 5 vezes), supervisão de estágio e preceptoria (4 vezes) e articulação de rede (3 vezes).

Mas, antes de problematizarmos as respostas à pergunta 8, importa destacar que perguntamos às assistentes sociais na questão 9: “Quais são as 3 principais demandas que chegam até você no hospital?”. Entretanto, na análise das transcrições da entrevista, identificamos que as profissionais, nas respostas que identificamos como de maior número, não apontaram as demandas, mas sim as ações que implementam como: contato com familiares, com a rede, mas para essas ações, as assistentes sociais não especificaram as demandas que suscitaram a realização de tais atividades, como podemos ver no Quadro 9 a seguir:

Quadro 9 - As três principais demandas que chegam até as profissionais

Quantitativo	Demandas
2	Flexibilização de horário de troca de acompanhante
1	Informação clínica
8	Orientação de benefícios sociais/previdenciários
1	Violência
2	Judicialização
1	Contato com familiares
5	Contato com a rede e encaminhamentos
2	Atendimento voltado para criança
1	Supervisão de estágio e residência
1	Participação em reunião

1	Acesso ao Transporte Fora de Domicílio
---	--

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Embora, em linhas gerais, as assistentes sociais não tenham apontado as principais demandas que chegam até o Serviço Social, vale o destaque para a diferença entre demanda institucional e demanda do usuário que Assistente Social 4 sinalizou:

A gente trabalha dentro de um sistema e dentro tem um sistema que tem um indicador do trabalho do serviço social, então eu acho que a demanda da instituição entra dentro do que a gente tem que... Entrevistador: Produzir? Entrevistada: Isso, produzir, preencher e dar um retorno para eles. Dentro desses indicadores a gente tem os atendimentos na Unidade Integrada, nas práticas integradas, atendimentos às gestantes com HELLP que é a síndrome hipertensiva da gestação e atendimento a parecer (Assistente Social 4).

Nesse trecho da transcrição, também aparecem as ações que a assistente social realiza: atendimentos e resposta aos pedidos de parecer. Assim como, no quadro 4 aparecem outras ações: orientação de benefícios sociais/previdenciários, que apareceram 8 vezes, e o contato com a rede e encaminhamentos, que surgiu 5 vezes.

Tendo em vista a natureza das respostas elaboradas pelas profissionais, problematizaremos as perguntas 8 e 9 concomitantemente. Tais análises não podem se distanciar das discussões sobre os instrumentos de trabalho dos assistentes sociais, porque, na grande maioria das respostas, eles aparecem enquanto atividades que as profissionais realizam.

Os instrumentos, como já visto anteriormente, compõem a dimensão técnico-operativa da nossa profissão. Concordamos com Ramos (2018) que tal dimensão, concebida enquanto um conjunto de ações e procedimentos que os assistentes sociais utilizam com a finalidade de alcançar determinados objetivos através de suas atividades profissionais, não pode ser analisada de forma apartada das dimensões teórico-metodológica e ético-política da profissão. Consideramos, então, que a escolha e o uso dos instrumentos de trabalho devem estar sintonizados à construção de um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Em conformidade com o Quadro 8, temos as reuniões como uma das principais atividades realizadas pelas assistentes sociais participantes da pesquisa de campo.

As reuniões, bem como as entrevistas, são os dois principais instrumentos que os assistentes sociais utilizam para se comunicar com os usuários e familiares. Como podemos inferir, de acordo com o Quadro 8, também temos as entrevistas como a segunda principal atividade mencionada pelas assistentes sociais.

Concordamos com Vasconcelos (2023) que, por não tomarmos os indivíduos enquanto objetos de transformação social e/ou psicológico, o Serviço Social defende a criação de espaços coletivos e de atendimento individual que suscitem e favoreçam reflexões críticas, trocas de experiências, vivências, de relações democráticas, espaços socioeducativos que possibilitem a identificação de demandas e necessidades coletivas e que também possam articular interesses individuais.

Nas reuniões com os usuários ou seus familiares, os assistentes sociais não devem assumir um papel de “facilitador”, mas devem “fomentar a análise crítica daquilo que é relevante nas suas manifestações, como opera o acesso às políticas, orienta, apoia e encaminha com segurança (Vasconcelos, 2023, p. 250). As reuniões com os usuários e seus familiares suscitam uma gama de informações, mas o que está em jogo não é a quantidade de informações, mas a qualidade com a qual elas serão trabalhadas pelo assistente social. Segundo Vasconcelos (1997), tanto nas reuniões como também nas entrevistas, os profissionais crítico-propositivo-criativos devem conduzir o uso desses instrumentos de modo a:

elaborar perguntas a partir das manifestações das trabalhadoras e trabalhadores, usuários e usuários; devolver perguntas que são dirigidas à ou ao assistente social ou a outro participante; repetir o que foi manifestado pela trabalhadora ou pelo trabalhador, para que possam ouvir suas próprias afirmações; sumarizar e devolver manifestações/questões ao indivíduo na entrevista ou para as e os participantes da reunião, propiciando instrumentos, meios e criando condições de debate e reflexão críticos; usar analogias e divisão de questões para facilitar a reflexão; democratizar informações e conhecimentos relevantes; sinalizar contradições; observar e captar a origem dos silêncios e garantir a participação no processo, com respeito às diferenças, apontando para uma “participação social alargada” (Vasconcelos, 1997, p. 172).

Acreditamos que, realizando as entrevistas e reuniões com usuários e suas famílias partindo de uma das formas para sua operacionalização, conforme exposto na citação acima, os assistentes sociais conseguem suscitar processos de reflexões crítica, discussões que tenham por fundamento a coletivização das demandas, além de suscitar debates acerca da viabilização do acesso aos direitos. Mas acreditamos

que tais objetivos só serão alcançados se esses instrumentos forem usados tendo por fundamento a perspectiva socio-crítica.

As entrevistas proporcionam ao assistente social a aproximação à realidade vivenciada pelos usuários e suas respectivas famílias. Proporcionam também que os profissionais construam o quebra-cabeça implicando os usuários enquanto sujeitos de suas próprias histórias. Consideramos que as entrevistas propiciam a criação de vínculos entre os assistentes sociais e os usuários. Concordamos com Ramos (2013) que as entrevistas são um primeiro momento de aproximação aos usuários e suas famílias, e que é a partir dessa primeira aproximação que os assistentes sociais podem, em conjunto com os usuários, elaborar estratégias e táticas que ofereçam respostas às demandas apresentadas.

As reuniões e entrevistas são realizadas com objetivos diversos, como: troca de informações, avaliação de suporte sociofamiliar, análise conjunta, encaminhamentos e orientações necessários em conformidade com as demandas apresentadas, coleta de informações, e também podem se constituir em fundamentos para elaboração de parecer, laudos, relatórios, entre outros (Franco, 2021). Importa destacar que a execução das entrevistas requer planejamento prévio e registro posterior a sua ocorrência.

As orientações e os encaminhamentos aparecem enquanto a terceira atividade que mais se evidenciou nas respostas das assistentes sociais à pergunta sobre o que elas fazem no hospital e surgiram nas principais demandas que elas identificam que chegam até o Serviço Social.

Os encaminhamentos historicamente têm assumido no Serviço Social características burocráticas, visto que são utilizados em seu aspecto formal e administrativo, assim como nem sempre efetivam o atendimento às demandas apresentadas aos assistentes sociais (Ramos, 2013) Concordamos com Ramos (2013) que os encaminhamentos se configuram enquanto um documento elaborado, assinado, carimbado e com timbre da instituição e que ele demonstra que a demanda apresentada pelo usuário não será respondida pela instituição timbrada no documento, devendo o usuário, então, buscar o atendimento de sua necessidade em outro equipamento da rede socioassistencial.

Entendemos que esse instrumento deve estar articulado ao conhecimento da rede socioassistencial, dos recursos e serviços disponibilizados por ela. Devendo, então, o assistente social buscar o conhecimento da realidade local, de modo a

investigar, pesquisar e mapear a rede socioassistencial do território no qual se insere a instituição na qual trabalha. O ato de encaminhar deve estar fundamentado no mapeamento dessa rede socioassistencial, porque, se não estiver, seria o tal “jogo de empurra-empurra” dos usuários e suas famílias. Nas palavras de Ramos (2023, p. 78),

cabe ao profissional do Serviço Social a elaboração de um catálogo de recursos, pois essa dimensão está relacionada com a esfera dos direitos, da informação e da socialização de como a rede de políticas públicas funcionam e como podem vir a funcionar de forma mais qualitativa.

Dessa forma, um assistente social que toma como norte o Projeto Ético-Político do Serviço Social deve mapear a rede socioassistencial do território, seus recursos e serviços disponíveis com a finalidade de construir, enquanto tática profissional, um catálogo que sistematize esse mapeamento e deve mantê-lo atualizado para assim realizar encaminhamentos qualificados dos usuários e suas respectivas famílias. Acreditamos que um assistente social que visa a um fazer profissional crítico e comprometido com o PEP, além de realizar o encaminhamento formal, deve contatar por e-mail e telefone o equipamento para o qual vai realizar o encaminhamento, com vistas a apresentar o usuário e/ou sua família, suas demandas e confirmar as informações necessárias (em relação às demandas apresentadas) com o objetivo maior de evitar deslocamentos desnecessários à família, que já sobrevive com tantas dificuldades.

O debate aqui apresentado sobre os encaminhamentos à rede socioassistencial está conectado à outra ação que as assistentes sociais participantes da pesquisa de campo desta tese sinalizaram: a articulação com a rede de serviços. Partimos da ideia de que não existe a possibilidade do trabalho dos assistentes sociais se realizar de forma dissociada da rede socioassistencial. Concordamos com Franco (2021) que é de suma importância que o assistente social conheça os profissionais de outras instituições e que participe de reuniões e discussões de caso junto à rede socioassistencial.

A articulação junto à rede de serviços, ou seja, o trabalho em rede, implica a realização de reuniões constantes no sentido de definir ações conjuntas que deem conta de todas as demandas identificadas àquele usuário ou núcleo familiar. Na saúde as reuniões de rede são comuns, visto que os assistentes sociais precisam acionar outros equipamentos, seja da alta Complexidade da Saúde ou da política de

assistência social, que consigam responder às demandas identificadas durante o processo de internação dos usuários. Essa rede é acionada no sentido de conseguirmos efetivar uma alta segura aos usuários internados.

Em conformidade com Matos (2009), são nas lacunas identificadas e devido à não implantação do SUS que os assistentes sociais têm sido chamados a intervir e se constituem, assim, no elo invisível do SUS. Para a real efetivação do SUS, é necessária sua interface com outras políticas, é necessária a efetivação do trabalho em rede. Nas palavras de Matos (2009), é nessas interfaces e no conhecimento da realidade cotidiana concreta da política de saúde que o trabalho dos assistentes sociais tem se constituído no elo invisível do SUS.

Outra atividade que as assistentes sociais da pesquisa de campo apontam é a supervisão de estagiários e a preceptoria dos residentes, que aqui nesta tese são compreendidas enquanto atividades pertencentes aos processos de trabalho dos assistentes sociais, não partindo, assim, do entendimento de que tais atividades se constituam em mais trabalho aos profissionais.

A Supervisão de Estágio (acadêmica e de campo) se constitui em um processo pedagógico inserido em um processo de ensino-aprendizagem, dos quais participam o supervisor acadêmico, o supervisor de campo e o estagiário de Serviço Social. Nesta tese concordamos com Portes (2023) que tanto a supervisão acadêmica como a de campo devem ter a mesma direção, visto que ambas são carregadas de um fazer pedagógico e implicadas no ensino-aprendizagem dos alunos-estagiários.

Já a preceptoria de residentes tem, na Resolução nº 2 de 02 de abril de 2012 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, o delineado quanto à função do preceptor, em seu artigo 13, que é: “a supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa” (Brasil, 2012). O preceptor deve ter especialização e estar vinculado à instituição formadora e executora do programa de residência, além de ser da mesma área do residente ao qual preceptora.

As assistentes sociais participantes da pesquisa de campo sinalizaram a supervisão de estagiários e a preceptoria de residentes enquanto uma das principais atividades que desempenham no cotidiano socioinstitucional. Ambas as atividades se destacam por comporem a dimensão do ensino, que requer: orientação, acompanhamento e avaliação dos estagiários e residentes, o que, em segunda instância, requer dos supervisores e preceptores a construção de estratégias e táticas

para acompanhar, orientar e avaliar os estagiários e residentes, além de exigir também a inserção dos mesmos em cursos, palestras, congressos, entre outros, voltados para a educação permanente, porque esses profissionais necessitam ter o seu fazer fundamentado na tríplice dimensão da nossa profissão, pois somente assim ofertarão espaços formativos qualificados e que expressem o compromisso com o Projeto Ético-Político do Serviço Social aos estagiários e residentes

E nesse momento passamos para a análise do terceiro bloco de discussão: Projeto Ético-Político, e iniciamos com as perguntas: “Você acredita que no seu cotidiano profissional é construído, por você e as demais assistentes sociais, um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social?” e “Para você, o que seria um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social? De que maneira ele se realiza no seu cotidiano?” Consideramos importante aqui sinalizar o que entendemos como Serviço Social crítico para, somente após isso, problematizar os dados obtidos com a entrevista das assistentes sociais.

Concordamos com Guerra e Montaño (2024) que o Serviço Social crítico em nada remete a um grupo de assistentes sociais, a uma tendência e muito menos a uma ideologia. Também consideramos que ele não é uma utopia. E muito menos que é algo novo na profissão. Nas palavras dos autores, “o Serviço Social crítico não equivale a qualificá-lo como revolucionário, transformador ou popular” (Guerra; Montaño, 2024, p. 242), porque também compreendemos que não é uma profissão, uma categoria profissional que tem condições e responsabilidade de promover a transformação societária.

Guerra e Montaño (2024) apontam que o crítico no Serviço Social crítico expressa capacidade, postura e uma perspectiva. Uma capacidade crítica (teórico-metodológica) que compreende a raiz da realidade e fenômenos sociais, que supera a aparência, alcançando a essência, em sua totalidade saturada de mediações e determinações. Uma capacidade que também compreende os limites e as potencialidades da prática profissional (Guerra; Montaño, 2024). Uma postura crítica (ético-política) que é adotada frente à realidade e às condições institucionais e estruturais onde se dá o trabalho profissional dos assistentes sociais. Um posicionamento crítico que se opera para além da intervenção profissional, que não é algo banal e que somente se realiza nas margens das possibilidades. Nas palavras de Guerra e Montaño (2024), “a eventual impossibilidade de operar transformações

(dado os constrangimentos institucionais e estruturais) não impede o posicionamento crítico [...]” (p. 243). Uma perspectiva crítica (ideopolítica) que vai muito além da intervenção no cotidiano, na realidade.

Tal perspectiva se constitui num horizonte que nos leva à superação da sociedade capitalista, que funda a opressão, a pobreza, discriminação, a desigualdade. Sabemos que o Serviço Social não consegue gerar impactos no que fundamenta a sociedade burguesa, mas o Serviço Social crítico tem uma perspectiva de transformação social (Guerra; Montañó, 2024).

Ter uma capacidade crítica, uma postura crítica e uma perspectiva crítica não significa que essa crítica seja suficiente para se transformar em uma ação revolucionária, mas essa crítica é suficiente para que os assistentes sociais consigam construir estratégias que tomem como horizonte o Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Em relação à pergunta “Você acredita que no seu cotidiano profissional é construído por você e pelas demais assistentes sociais um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social?”, chegamos ao Quadro 10, que sistematiza as respostas das assistentes sociais:

Quadro 10 - Há a construção de um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social no cotidiano profissional

Profissional	Resposta	Principais eixos
Assistente Social 1	Sim	Garantir direito/Melhoria da qualidade de vida
Assistente Social 2	A gente tenta alinhar a nossa intervenção muito nessa direção	Direitos dos usuários
Assistente Social 3	Sim	Acesso ao direito/Autonomia
Assistente Social 4	Sim	Sujeito de direitos/Ética
Assistente Social 5	Sim	Sujeito de direitos/Protagonista
Assistente Social 6	Sim	Articulação/Diálogo/Singularidade

Assistente Social 7	Eu penso que ele tem que ser	Comprometimento com a classe trabalhadora/Intervenção reflexiva/Conjuntura/Análise da Instituição/Direitos/Reflexão Crítica
Assistente Social 8	Sim	-
Assistente Social 9	Eu acho que existe uma busca	Contexto da política de saúde/pandemia/fazer contornos

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Podemos identificar que, no Quadro 10, seis assistentes sociais afirmam que é possível construir um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político, enquanto três assistentes sociais apontaram, em suas respostas, que existe uma busca, uma tentativa de que seja construído, como podemos ver em algumas das falas extraídas das entrevistas a seguir:

Nós somos duas assistentes sociais, nós trabalhamos em escala de plantão 12x36 fixos, e a gente tem um diálogo, assim, isso possibilita um diálogo entre nós por ser um número menor de profissionais, e a gente tenta alinhar a nossa intervenção muito nessa direção mesmo... (Assistente Social 2).

No cotidiano profissional se o conjunto do serviço consegue atuar de maneira crítica na perspectiva do Projeto Ético-Político do Serviço Social... Ah, eu acho que existe uma busca né, uma tentativa para isso sim... (Assistente Social 9).

Acreditamos que um trabalho crítico só pode ser construído em equipe. Acreditamos não ser possível, por exemplo, em uma equipe de seis assistentes sociais, ter duas profissionais que possuem perspectiva, postura e capacidade crítica, enquanto as outras quatro assistentes sociais defendem e partem de outra perspectiva, e a equipe conseguir efetivar um trabalho crítico.

Nas palavras de Guerra e Montañó (2024),

a crítica é como um gene recessivo na genética profissional. A recessividade deste gene significa que ele só se manifestará em presença de outros profissionais críticos, quando formar par com outros, quando somar com outros profissionais, quando o pensamento crítico se tornar um pensamento comum, ou hegemônico, podendo aí sim levar a mutações genéticas. Mas por ser um gene recessivo, a

crítica não surge com força isolada, e nem, comanda e determina toda a genética, os fundamentos da profissão (p. 243).

As assistentes sociais participantes da pesquisa abordam o eixo “direito dos usuários” ao falar sobre o trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político. Tal eixo aparece em 6 das 9 respostas das assistentes sociais, conforme trechos a seguir:

[...] a nossa perspectiva é atuar dentro do projeto ético político, né, na perspectiva de garantir direito do usuário e tentativa de melhoria da qualidade de vida dele [...] (Assistente Social 1).

Sim, uma vez que a gente entende que o usuário é um sujeito de direitos, né, e ele é protagonista, né, muitas vezes ele tá ali, mas ele não compreende a importância que ele tem, então a gente traz para ele isso, de ele buscar seus direitos (Assistente Social 5).

Esse eixo de análise também é o que aparece em maior número na pergunta “Para você o que seria um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social? De que maneira ele se realiza no seu cotidiano?”, conforme podemos verificar no Quadro 11 abaixo:

Quadro 11 - O que é um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social e como se realiza no cotidiano de trabalho

Quantitativo	Eixos de análise
1	Autonomia do sujeito
5	Acesso a direitos
2	Empoderar os sujeitos/Protagonismo
3	Sigilo/Ética
1	Estratégias
1	Negociação/Diálogo
1	Conhecimento

1	Escuta
2	Crítica

Fonte: Elaborado pela Autora (2024).

Em conformidade com a pergunta refletida anteriormente e o Quadro 11 exposto acima, podemos identificar que grande parte das assistentes sociais identificam que constroem um trabalho crítico porque trabalham na perspectiva da viabilização de direitos, como nas seguintes falas:

A partir do momento que a gente, é... respeita a autonomia desse sujeito, né. Procura na atuação ser transparente, é... orientar é, e garantir, tentar garantir os acessos aos direitos, aos serviços... (Assistente Social 1).

É isso né, mostrar para o sujeito os direitos que são passíveis a ele, e dentro da saúde são vários... (Assistente Social 4).

Eu acho que é exatamente isso porque o nosso projeto ético político não caminha junto com o projeto societário, então é realmente a gente buscar viabilizar os direitos dos usuários que chegam até nós... (Assistente Social 5)

Em linhas gerais, podemos observar que as respostas das assistentes sociais sobre o que é um trabalho crítico e comprometido sistematizam o compromisso com os usuários, porque refletem sobre o acesso a seus direitos, sobre seu protagonismo, sobre a necessidade do sigilo, da escuta qualificada, de garantir sua autonomia, que, de fato, podem demonstrar um trabalho crítico, como aponta a Assistente Social 9 em sua fala:

Aí eu acho que quando a gente tem o foco no usuário, que é algo que eu percebo na constituição do serviço, eu acho que é isso que permite que a gente não perca o Projeto Ético-Político do horizonte. Porque se a gente for focar na instituição, na equipe, talvez a gente perca isso, e quando a gente consegue se voltar e focar para o atendimento da demanda do usuário, eu acho que é mais fácil essa atuação mais crítica e comprometida com os princípios da profissão (Assistente Social 9).

Consideramos que tomar os usuários, suas demandas, enquanto horizonte para um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político é uma das possibilidades para a construção de estratégias democráticas que insiram o Serviço Social nas lutas sociais que os usuários dos serviços empreendem historicamente na

sociedade. E com o que tange às reflexões sobre as estratégias iniciamos o nosso quarto bloco de análise, com a pergunta “O que você entende por estratégias de trabalho?”. A seguir demonstramos, no Quadro 12, por eixos extraídos das respostas, o que os dados da pesquisa revelam:

Quadro 12 – O que você entende por estratégias de trabalho?

Eixos de Análise	Quantitativo
Pensar, repensar, reinventar o trabalho	3
Planejamento	2
Uso dos instrumentos	2
Trabalho em equipe multidisciplinar e entre os assistentes sociais	2
Dar visibilidade ao Serviço Social	2
Comunicação	2

Fonte: Elaborado pela Autora (2024)

Um verbo que surgiu em quase todas as entrevistas que realizamos e nos chamou a atenção foi *buscar*. Segundo a definição do dicionário online Dicio, a palavra *buscar* significa: pesquisar, analisar, imaginar, tentar encontrar uma saída, examinar (Dicio, 2023). Esse verbo, nas entrevistas, surge indicando a busca por e de alternativas, busca de elementos, busca para desenvolver mecanismos de intervenção, como podemos verificar nos fragmentos das entrevistas a seguir:

Busca por alternativa. Busca de alternativas, é... é isso (Assistente Social 1).

Então quando você me pergunta o que eu entendo por estratégias de trabalho, é buscar desenvolver mecanismos seja individual, seja coletivamente com a equipe do Serviço Social se for necessário até com os outros profissionais para garantir que o nosso Projeto Ético-Político seja realizado de forma efetiva no nosso cotidiano de trabalho (Assistente Social 2).

Acreditamos que as estratégias, de fato, expressam uma busca. Em um dos fragmentos que mencionamos, fica exposta a importância da realização de um

trabalho multidisciplinar e do trabalho em equipe entre os próprios assistentes sociais, que é um dos eixos que elencamos.

Esse trabalho em equipe multidisciplinar e entre os próprios assistentes sociais requer uma comunicação fluida entre os trabalhadores, comunicação esta que também aparece como um dos eixos elencados. E requer que os trabalhadores das Unidades de Saúde estejam alinhados, discutam os planos de cuidado dos usuários, requer que os fluxos que envolvam diversas categorias sejam refletidos e elaborados no coletivo. Requer em primeira instância que o trabalho nas Unidades seja um trabalho coletivo. A comunicação nesse processo é de precípua importância para que não existam ruídos entre as equipes e não existam furos nos fluxos definidos. Uma das assistentes sociais entrevistadas aponta o seguinte:

Estratégia para mim assim, sempre quando eu penso, ela me remete a capacidade de de é... repensar a nossa inserção em alguns fluxos, repensar nossa inserção em algumas frentes de trabalho do hospital [...] Para que a gente pudesse ter mais voz em alguns espaços [...], mas um dos grandes desafios é o ruído de comunicação (Assistente Social 6).

No fragmento acima, a profissional sinaliza os problemas na comunicação como um desafio ao seu trabalho ao mesmo tempo que aponta uma outra categoria que elencamos na pesquisa, que é a necessidade de que o Serviço Social tenha maior visibilidade na Unidade de Saúde quando diz “ter mais voz”, e apenas nesse fragmento podemos indicar dois outros eixos de análise que surgiram na pergunta sobre o entendimento do que são estratégias: dar visibilidade ao Serviço Social e pensar, repensar, reinventar o trabalho. Ou seja, em uma única fala, podemos localizar três eixos diferentes, mas que estão totalmente conectados no cotidiano das Unidades de Saúde.

Percebemos que nas entrevistas surgem falas relacionadas ao entendimento equivocado das equipes de saúde em relação ao fazer dos profissionais. Apareceram os ruídos de comunicação como desafio ao trabalho. A não compreensão por parte da equipe e até mesmo da gestão sobre o que o Serviço Social faz naquele espaço sócio-ocupacional gera uma inespecificidade do Serviço Social, e por esse motivo os assistentes sociais se veem impulsionados a sempre estar reafirmando qual o seu papel naquela Unidade de Saúde, na tentativa de muitas vezes desmistificar o entendimento que as equipes têm do fazer do Serviço Social, porque, afinal, “todo mundo” acha que sabe o que um assistente social faz.

Em conformidade com Silva (2016),

as dificuldades de compreensão por parte da equipe das atribuições e competências do assistente social tem estrita vinculação à própria dinâmica dos serviços de saúde [...] Destacam-se como exemplos dessa realidade: a comunicação de óbito, a emissão de declarações de comparecimento na Unidade quando o atendimento foi realizado por outros profissionais e o preenchimento de documentos para medicação e demais equipamentos e a dispensação destes (Silva, 2016, p. 165).

Essa realidade relatada pelo autor também pode ser reforçada pelos próprios assistentes sociais quando eles não expressam o que é de suas competências e atribuições nas Unidades de Saúde. Em um dos hospitais da pesquisa de campo, por exemplo, cabe ao Serviço Social a guarda, a arrecadação dos pertences dos usuários internados, quando, na verdade, o hospital deveria delegar um espaço e profissionais de nível médio para atribuir tal atividade. Mas seguem os assistentes sociais como responsáveis por fazer a guarda dos pertences.

Partimos da ideia de que os assistentes sociais devem, junto às equipes do Hospital, reforçar seu papel, o objetivo da profissão, quanto às suas atribuições e competências²⁸. Enquanto os profissionais não se incumbirem dessa tarefa, as equipes e a gestão continuará ditando o que o Serviço Social deve fazer naquele espaço de Saúde. Acreditamos que uma das formas para romper com a interposição de requisições que não são de atribuição e competência dos profissionais é a suspensão do cotidiano com mediação de uma reflexão crítica sobre o seu próprio fazer, como uma das entrevistadas aponta:

A gente faz um constante processo de reflexão sobre o que a gente está fazendo e aí eu acho que é uma estratégia que não tem fim, a gente vai indo e voltando e reinventando [...] (Assistente Social 9).

Penso que somente por meio de uma prática reflexiva e crítica que os assistentes sociais conseguem apreender o seu próprio trabalho para então suspendê-lo, refletir sobre ele e reinventar o cotidiano. Esse movimento é dialético e está em permanente estado de mudança, alteração. Isto requer que os profissionais

²⁸Importa aqui destacar que consideramos que reafirmar o fazer nos espaços socio-ocupacionais é parte de um problema que não podemos negar que exista. Mas é relevante sinalizar que existem divergências éticas, políticas e técnicas em relação, por exemplo, ao entendimento que o Serviço Social tem sobre a saúde, sobre o Sistema Unico de Saúde, sobre a política de saúde quando tomamos por referência as demais equipes que compõem o processo de trabalho em saúde.

estejam em permanente estado de atenção para que consigam captar na realidade todas essas movimentações em curso, o que exige dos assistentes sociais o planejamento de suas ações. Esse planejamento é um dos eixos que nós elencamos. A mesma profissional anteriormente mencionada expôs:

Quando eu penso em estratégias eu também penso nessa dimensão que antecede o trabalho [...] que é a gente conseguir planejar o trabalho [...] uma questão mais de organização, de planejamento, então de a gente também ter fluxos definidos, instrumentos de trabalho para uma entrevista, por exemplo, um roteiro já para direcionar o que é mais importante de ser abordado [...] (Assistente Social 9).

E, de fato, as estratégias se relacionam com uma dimensão prévia à execução do trabalho. Antever para conseguir planejar o trabalho é uma tarefa de suma importância aos assistentes sociais. Quando os profissionais conseguem suspender o cotidiano, a emergencialização dos processos, das tarefas, eles conseguem captar as mediações necessárias a uma prática reflexiva e planejada. Planejamento requer organização, observação constante, análise, requer criatividade. Requer coragem para muitas vezes ter que transformar os processos de trabalho, reinventar o Serviço Social nos hospitais. Requer profissionais que abracem e expressem o Projeto Ético Político no cotidiano, no dia a dia.

Concordamos com Horst (2023) que o planejamento das ações e intervenções dizem respeito:

- a) ao esforço de qualificar o trabalho profissional;
- b) ao avanço em ações que expressem o Projeto Ético-Político do Serviço Social;
- c) ao enfrentamento ao conservadorismo, pragmatismo, imediatismo do cotidiano.

Quando não conseguimos planejar, são predominantes as ações pragmáticas, ações imediatistas sem qualquer elaboração teórica, ações que reiteram o conservadorismo e nos afastam da possibilidade de construção de um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político.

Planejar envolve a escolha dentre todo um arcabouço de instrumentos e técnicas para efetivar uma determinada atividade. Envolve a tríplice dimensão da nossa profissão: dimensão ético-política, técnico-operativa e teórico-metodológica. É essa tríplice dimensão que “dá a cara” do Serviço Social nos espaços sócio-ocupacionais. São essas dimensões, por meio da intervenção técnica dos

profissionais, que expressa a imagem e também a identidade do Serviço Social nos hospitais.

Os instrumentos, que é uma das categorias que escolhemos, faz parte da dimensão técnico-operativa. No sentido de apreender a realidade dos usuários internados nos hospitais, os assistentes sociais utilizam alguns instrumentos como: busca ativa nos leitos, entrevistas sociais e econômicas, orientações, relatórios, pareceres, divulgação de material socioeducativo, entre outros, conforme já fora apresentado. Por meio de um trabalho profissional planejado, é possível que novos instrumentos sejam criados em resposta às demandas postas aos profissionais.

De acordo com uma das assistentes sociais que participaram da pesquisa, em resposta à pergunta “O que você entende por estratégias?”:

Então, eu acho que é a gente tentar buscar dentro do que a gente tem de instrumental e técnico, a gente montar, a gente se organizar dentro do que a gente tem para atender nosso objeto de trabalho. [...] Aqui, às vezes, a gente não consegue trabalhar de forma muito programada, planejada, a gente até faz, a gente tem esses instrumentos, mas muitas vezes pela característica do tipo de atendimento a gente não consegue, mas a gente busca (Assistente Social 2).

O uso dos instrumentos e das técnicas de forma crítica e reflexiva garante um trabalho profissional qualificado e que ultrapasse o senso comum. Esse uso também está relacionado ao alcance dos objetivos de uma determinada intervenção. E é o planejamento das ações que pode possibilitar que o profissional, ao elencar os objetivos de sua ação, consiga alcançá-los. Quando as ações não são planejadas, é possível que os assistentes sociais não consigam construir os objetivos de sua ação e não consigam, por sua vez, escolher o instrumento e técnica mais adequado para aquela atividade. Não podemos acreditar que, elencando objetivos, conhecendo nosso objeto de trabalho, escolhendo o melhor instrumental, traçando estratégias de ação, escolhendo as táticas, alcançaremos nosso objetivo central, porque, como uma das assistentes sociais participantes expôs:

Às vezes a gente só pensa: “Ah! É isso!” Não é receita pronta, receita de bolo pronta, às vezes a gente acha que é, mas não é, vamos fazer isso e é isso, mas às vezes não é [...] (Assistente Social 5).

E é exatamente como a profissional colocou: não é receita de bolo, não é um manual. As estratégias não são prescritivas, conforme já afirmado anteriormente. Muitas vezes escolhemos um caminho e, no transcorrer dele, percebemos que não é

bem aquilo que seria possível. E é assim que acontece também nos processos de trabalho: traçamos uma determinada estratégia, construímos um protocolo operacional padrão (POP) e, em momento posterior, precisamos modificar o POP, porque o fluxo alterou, ou porque o Serviço Social passa a compreender que não é mais interessante estar naquela determinada frente de trabalho. O cotidiano e a realidade são mutáveis, e por este motivo as estratégias também são alteráveis.

E por isso é desafiadora a construção de estratégias que se coloquem na defesa da construção de um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político. É desafiador também porque requer que os assistentes sociais rompam com as demandas institucionais que em nada se relacionam com seu fazer, rompam com uma rotina burocrática, saiam da zona de conforto de fazer todos os dias tudo sempre igual. É desafiador porque os assistentes sociais são convidados a ir além dos muros dos hospitais, a construir estratégias de trabalho comprometidas com os valores e princípios do Projeto Ético Político. E essa não é uma tarefa fácil, porque, nesse contexto de desmantelamento da Política de Saúde, somos chamados a exigir o SUS defendido e expresso na Reforma Sanitária, somos convocados a remar contra a maré.

Em relação à pergunta “Você acredita que no seu espaço de trabalho é possível construir estratégias que efetivem um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social? Caso você acredite, consegue definir melhor sobre o que seria esse trabalho crítico e comprometido com o PEP?”, podemos afirmar que em todas as respostas as nove assistentes sociais informaram que é possível a construção dessas estratégias, mas um grande número de profissionais sinaliza em suas respostas as dificuldades e alguns desafios para que essas estratégias sejam de fato construídas. Cabe ressaltar ainda que, nas entrevistas, as assistentes sociais não apontam o que estão chamando de um trabalho crítico em articulação à possibilidade de construção de estratégias, apenas relatam os desafios que encontram no espaço sócio-ocupacional para que esse trabalho se efetive, conforme Quadro 13 a seguir:

Quadro 13 - Desafios para o trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético Político no espaço de trabalho

Quantitativo	Eixos de Análise
--------------	------------------

5	Dificuldade/Entrave/Engessamento
2	Respeito/Reconhecimento
2	Parceria/Estratégias

Fonte: Elaborado pela Autora (2024).

Consideramos interessante elucidar que as assistentes sociais, em linhas gerais, destacam e reconhecem que é possível a construção de estratégias comprometidas com um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político, mesmo apontando a existências de desafios estruturais, como no seguinte fragmento da fala de uma assistente social: “Perpassa dentro dessa atuação uma série de dificuldades que estão ligadas à questão estrutural mesmo...” (Assistente Social 1).

Em pergunta anterior, problematizamos o que entendemos por Serviço Social Crítico e concordamos com Guerra e Montaña (2024) que o crítico no Serviço Social exige capacidade, postura e perspectiva crítica. Compreendemos, assim como os autores, que é possível e factível falarmos de um trabalho, de uma prática crítica no Serviço Social, e concordamos que é um desafio inclusive tecermos essa afirmação, porque ela pode nos levar, sem as devidas mediações necessárias, a reafirmarmos uma prática conservadora, messiânica, pragmática, fatalista do Serviço Social na saúde.

Assim como as assistentes sociais participantes da pesquisa, acreditamos que é possível nos espaços sócio-ocupacionais construirmos estratégias de trabalho que expressem o compromisso com um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social. Mas cabe sinalizar, mais uma vez, que esse trabalho crítico em nada está relacionado com os assistentes sociais fazerem a revolução em seus espaços de trabalho e muito menos tem a ver com o Serviço Social conseguindo alterar as questões estruturais retratadas pela Assistente Social 1 e que são a base de sustentação do sistema capitalista.

No fragmento da entrevista da Assistente Social 2, é apontado:

Sim. Mas, tem muito entrave mesmo, como eu te falei, tem muito impedimento dos outros profissionais aqui, é uma cultura mesmo de que muitas coisas não é de direito do usuário, e aí é a gente trabalhar na contramão disso, é bem difícil, como em coisas muito básicas... (Assistente Social 2).

E seguindo essa linha de que é possível, temos a frase da Assistente Social 8, que pode sintetizar as respostas das demais profissionais: “Sim. É possível, mas não é fácil” (Assistente Social 8).

E a construção de estratégias de trabalho que expressem um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social não é fácil mesmo, e além de não ser fácil conseguir construir essas estratégias no miúdo do cotidiano, ainda existem os entraves que os profissionais se deparam com outros profissionais, com profissionais do próprio Serviço Social, com a gestão, com o engessamento das unidades de saúde. Esses entraves, essas questões que impõem desafios reais à elaboração dessas estratégias, exigem dos assistentes sociais a adoção de uma capacidade, uma postura e de uma perspectiva crítica, como já sinalizado anteriormente.

Nas palavras de Guerra e Montañó (2024), para abordarmos uma prática crítica no Serviço Social, é necessário que os assistentes sociais intercalem momentos de suspensão do cotidiano para:

- a) alcançar um profundo conhecimento da realidade – em sua essência –;
- b) para identificar os diferentes interesses e grupos de interesse na sociedade;
- c) expressar os princípios presentes no Código de Ética de 1993;
- d) superar as respostas imediatas, esvaziadas de crítica e de reflexão crítica;
- e) se articular com outros sujeitos, sejam eles usuários, profissionais de outras categorias, opinião pública, representantes de movimentos sociais, entidades da categoria, entre outros, desde que a aliança fortaleça os objetivos profissionais;
- f) para socializar o conhecimento crítico da realidade, promovendo a divulgação de experiências e direitos dos usuários;
- g) para compreender os limites e as potencialidades do seu trabalho profissional.

Ou seja, a construção de um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social é possível e real. Não é utópica. As possibilidades de construção de estratégias que efetivem esse trabalho nas Unidades de Alta Complexidade pode ser alcançada e supõe, como tarefa primeira, a análise crítica da realidade e da instituição para, somente após isso, avançar na elaboração de estratégias e táticas que, de fato, expressem o Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Em relação à pergunta “Você acredita que a equipe de serviço social implementa tais estratégias? Se sim, consegue apontar 3 estratégias que você acredite que demonstram a efetivação de um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social?”, todas as assistentes sociais responderam que há uma busca, uma tentativa de implementar estratégias que efetivem um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social. E para apontar as três estratégias que as profissionais elencaram como expressão de um trabalho crítico e comprometido, extraímos os seguintes eixos de análise, elencados no Quadro 14 a seguir, com a transcrição das entrevistas:

Quadro 14 - Eixos de análise que as assistentes sociais apontam como estratégias para efetivação de um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político

Quantitativo	Eixos de Análise
2	Empoderamento/Participação do sujeito
4	Equipe multiprofissional
2	Suporte da rede socioassistencial
6	Comunicação/Alinhamento da equipe de Serviço Social
1	Bom relacionamento com a gestão
4	Ser um espaço de ensino
1	Escuta qualificada

Fonte: Elaborado pela Autora (2024).

Como podemos verificar no quadro acima, novamente, temos como eixos de análise a comunicação e o trabalho em equipe multiprofissional, o que pode demonstrar que chegamos à saturação da pesquisa de campo, que acontece principalmente nos estudos qualitativos, como o desta tese. Esse momento de saturação refere-se à não identificação de muitos outros elementos que acrescentem elementos inéditos ou relevantes, porque as transcrições não estão mais gerando dados significativos ou diferentes dos que já foram trabalhados até aqui. Entretanto, consideramos que alguns elementos ainda podem ser mais bem aprofundados.

No quadro acima, temos a comunicação e o alinhamento entre a equipe do Serviço Social enquanto um dos eixos que mais fora mencionado pelas assistentes

sociais. Concordamos com Yamamoto que a linguagem é um instrumento de trabalho dos assistentes sociais. Vimos em tópicos anteriores desta tese a centralidade da categoria trabalho para a sociedade na qual vivemos. Segundo Engels (1876), o desenvolvimento do trabalho, ao multiplicar as situações de atividade em conjunto, exigiu que os homens em formação dissessem algo uns aos outros e temos, então, o desenvolvimento da linguagem articulada.

Concordamos com Araújo e Castro (2024) que a linguagem é uma categoria central para as relações sociais e é insuprimível da construção do ser social. E, assim como as autoras, entendemos essa categoria de forma ampliada que transcende o critério gramatical e cognitivo. A comunicação, a linguagem, então, são centrais no processo dialético, que as compreende não somente enquanto possibilidades argumentativas, mas enquanto um processo de crítica e autocrítica que visa à transformação da realidade (Konder, 2008).

A linguagem se relaciona diretamente com os princípios éticos dos assistentes sociais. E é por meio dela que a imagem da profissão, quem fala, de que lugar fala, qual concepção ético-política e teórico-metodológica têm, é revelada (CFESS, 2022). E, em nossa pesquisa, a comunicação aparece como a estratégia de trabalho mais mencionada pelas assistentes sociais. Aqui vale ressaltar que entendemos comunicar enquanto um instrumento de trabalho, como podemos verificar nas falas a seguir:

Assim, de início, eu penso em uma estratégia que a gente, é e que eu estou pensando juntamente com os acadêmicos que a gente tem conversado muito essa questão da comunicação... (Assistente Social 2)

A primeira que eu acho que é muito importante é o alinhamento da equipe, é o fato de a gente sempre discutir tudo junto, no coletivo, procurar consensar mesmo que vez ou outra aparece opinião diferente e que uma colega sugira uma estratégia diferente, digamos assim, mas eu acho que isso é uma potente estratégia para a gente avançar no projeto ético político, essa coisa de a gente discutir, alinhar, pensar, refletir junto... acho isso muito rico aqui no nosso trabalho (Assistente Social 3).

Durante a realização das entrevistas e suas posteriores transcrições, ficou muito claro o quanto a linguagem articulada e dialética é central para as assistentes sociais, porque ela é transversal a todas as questões que elas expressam e que já foram identificadas como eixo de análise em perguntas anteriores como: no trabalho em equipe multiprofissional, nas entrevistas sociais, nos encaminhamentos, nas articulações intersetoriais, nas reuniões de equipe e reuniões com familiares, entre

outras. A comunicação aparece também nos eixos que abordam o bom relacionamento com a gestão, na escuta qualificada, nas falas das assistentes sociais que apontam para uma incompreensão da equipe multiprofissional quanto ao fazer do Serviço Social.

A comunicação é a base, pode ser uma estratégia, mas também pode ser uma tática, que pode ser utilizada pelos assistentes sociais para alcançar um determinado objetivo. Enquanto uma estratégia, os assistentes sociais podem, por exemplo, planejar como eles vão se comunicar, em longo prazo, com os usuários dos hospitais e seus respectivos familiares, com a gestão, com os profissionais da equipe multiprofissional. E enquanto tática, os profissionais podem efetivar ações de comunicação, como realizar campanhas, folders explicativos, divulgação de Procedimentos Operacionais Padrões (POPs), entre outros.

Importa destacar que a comunicação identificada nas entrevistas aparece enquanto comunicação tática, porque estão expressas em falas que salientam o alinhamento entre a equipe do Serviço Social, o relacionamento com a gestão, as ações necessárias junto à equipe multiprofissional que exponham o papel do Serviço Social nos hospitais. Ações essas que consideramos ser de extrema importância nesses espaços sócio-ocupacionais.

Outra ação identificada nas entrevistas é o trabalho em equipe multiprofissional, conforme salientado nas falas seguintes:

A equipe multiprofissional, porque nós somos mediadores, né, interlocutores dentro dessa equipe multi e a intermediação, essa conversa com as outras disciplinas eu vejo como uma estratégia para acolher essa demanda que nem sempre é só demanda social, é demanda das outras áreas para que a coisa possa fluir, dentro da equipe e externamente para outras referências e setores da rede com apoio dos demais profissionais (Assistente Social 1).

E também a gente ter a participação dentro da equipe multi, considerar a importância desses pacientes que estão ali internados e são atendidos dentro da prática integrada, a gente também ter nosso espaço, participar de reuniões que a gente consegue mostrar o que foi feito (Assistente Social 4).

O trabalho em equipe multiprofissional requer dos assistentes sociais que suas respectivas atribuições privativas sejam compartilhadas e defendidas com os demais profissionais, pois, assim, acreditamos ser possível construir enquanto estratégia um trabalho interdisciplinar no SUS. Os assistentes sociais têm suas intervenções no sentido de identificar a determinação social da saúde que incide no processo saúde-

doença dos usuários, e tem como competência o encaminhamento das demandas à rede socioassistencial.

Entretanto, muitos profissionais que compõem a equipe multiprofissional desconhecem o fazer dos assistentes sociais e encaminham diversas demandas que não são atribuições e sequer competências como: marcação de consultas e exames, remoção de ambulância nas altas, pesagem, regulação de vagas em outras unidades, comunicação de óbitos, entre outros (CFESS, 2010).

Nas falas expressas pelas assistentes sociais anteriormente, as profissionais ressaltam a importância do Serviço Social na composição desse trabalho coletivo em saúde. O trabalho em equipe é de extrema importância para a realização de uma alta segura aos usuários. Consideramos que a efetivação do trabalho interdisciplinar é uma das estratégias para garantir a integralidade, um dos princípios do SUS, aos usuários. Concordamos com Matos (2013) que

o trabalho nos serviços de saúde reproduz um atendimento multiprofissional, com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade, onde, mesmo com os profissionais co-habitando o mesmo espaço, pouco se falam. Por exemplo, se entrarmos em uma enfermaria, poderemos ver enfermeiros, nutricionistas, médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, e outros, próximos aos usuários e realizando parceladamente o seu trabalho, sem que esses profissionais sequer se olhem e muito menos saibam o nome dos seus colegas (Matos, 2013, p. 53).

Acreditamos que a rotatividade de profissionais nos hospitais também é um fator para a reprodução de um trabalho multiprofissional, o que acaba por dificultar a realização de um trabalho interdisciplinar. No Hospital Universitário, por exemplo, anualmente novos residentes iniciam seu processo de formação, e nos hospitais, de uma maneira geral, conforme visto anteriormente nesta tese, é comum que exista essa rotatividade, principalmente, a partir das novas modalidades de gestão no SUS.

Outro eixo identificado nas entrevistas diz respeito ao fato de os hospitais serem identificados enquanto espaços de ensino por receberem residentes e estagiários das mais diversas áreas, como podemos identificar nas falas a seguir:

Bom, uma terceira estratégia...eu acredito, assim, que só do fato de a gente estar em um hospital de ensino é uma forma de a gente estar se reciclando, né, o contato com residente, estagiário, faz com que a gente se mantenha na medida do possível mais atualizados em relação às discussões do conjunto CFESS/CRESS, das orientações de como a gente pode avançar (Assistente Social 3).

E um terceiro exemplo é a dimensão do ensino que eu vejo uma estratégia importantíssima por exemplo é ter contato com os estagiários, ter contato com o próprio programa de residência... isso possibilita para a gente estar sempre dialogando, pensando em novas possibilidades... Então é uma estratégia a gente estar sempre... não diria destacar, mas eu acho que é uma estratégia a gente dar uma atenção para a dimensão do ensino... (Assistente Social 6).

Podemos perceber que nos fragmentos acima ambas as profissionais sinalizam enquanto estratégia os hospitais se constituírem enquanto um espaço de ensino atrelando essa questão à perspectiva da Educação Permanente. Como visto anteriormente, essas ações compõem o eixo de Assessoria, Qualificação e Formação Profissional dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, que visam ao aprimoramento profissional (CFESS, 2010).

Este eixo de análise fora problematizado em pergunta anterior, mas consideramos que, para esta questão, apareceram elementos novos, porque as assistentes sociais entrevistadas apontam que o estágio e a residência fomentam a possibilidade de qualificação para os assistentes sociais, porque os impulsionam a se manterem atualizados, qualificando assim as intervenções junto aos usuários.

Em conformidade com Portes (2023), a supervisão de estágio exige dos supervisores de campo uma tríade de competências e atribuições: orientação, acompanhamento e avaliação. Para que essa tríade seja gestada, é necessário que os assistentes sociais, supervisores de campo, possuam conhecimento teórico-prático, ético-político e teórico-metodológico, o que por sua vez exige que os profissionais estejam inseridos em ações de Educação Permanente constantemente. Também podemos identificar essa tríade na relação de competências previstas na Resolução nº 2, de 13 abril de 2012 apresentada pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), a saber:

- I. exercer a função de orientador de referência para os residentes no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde; orientar e acompanhar, com suporte, dos tutores o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas dos residentes, devendo observar as diretrizes do PP; [...]
- IX. proceder em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral (Brasil, 2012).

Com relação aos Programas de Residência, importa destacar sua articulação com o eixo de análise problematizado anteriormente: trabalho interdisciplinar.

Concordamos com Mendes (2013) que romper com a prática médico-centrada historicamente enraizada na Saúde é um desafio histórico do SUS e não compete aos Programas de Residência, apesar de existir expectativa de que eles façam o enfrentamento a esse desafio. Entretanto, nas palavras da autora, ainda que exista essa esperança, é necessário que existam Programas de Residência consolidados e alinhados à concepção ampliada de saúde, caso contrário, o que poderemos identificar são práticas paramédicas reproduzidas sob o rótulo inovador da residência multi (Mendes, 2013). Acreditamos que as práticas interdisciplinares devem ser fomentadas pela gestão dos hospitais e no escopo da Política de Saúde, e consideramos que os Programas de Residências podem suscitar reflexões e possíveis mudanças de paradigmas nos espaços de saúde, promovendo a promoção da saúde com foco na sua compreensão ampliada, fomentando ações que visem à integralidade, à intersetorialidade e às práticas interdisciplinares.

Em relação à pergunta “Quais os principais limites que você identifica no cotidiano profissional para que a equipe construa um trabalho coadunado aos pressupostos do projeto ético-político no seu cotidiano profissional?”, vale sinalizar que apenas uma profissional respondeu que não identificava limites em um primeiro momento e ao ser questionada se não considerava o baixo número de profissionais enquanto um limite, a mesma apontou que o quantitativo de profissionais poderia ser melhorado, conforme fala abaixo:

No momento eu não penso que tenha limite, eu não consigo pensar que tenha limite para estar atuando não. Entrevistador: Você acredita que como só tenha duas atuando, né, a equipe de assistentes sociais para quantos leitos, você tem uma ideia? Entrevistado: Mais de 500. Entrevistador: Então, você acha assim que um limite seria ter somente duas? Entrevistado: É, assim, eu acredito que seria importante ter mais profissionais sim até por uma questão de trocas, de processo, porque assim é importante devido à quantidade de leitos, quantidade de demandas que chegam (Assistente Social 5).

Ainda que somente a assistente social anterior tenha afirmado que não identificava limites para a construção de um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social, importa destacar que a profissional apenas reiterou a fala da autora desta tese ao indicar que o quantitativo de profissionais é insuficiente e não seguiu apontando outros desafios que ela identificasse.

Importa ressaltar que existe um projeto de lei que propõe que os hospitais tenham no mínimo 1 assistente social para cada 20 leitos. Entretanto, por se tratar de

um projeto de lei, as Unidades de Saúde não são obrigadas a segui-lo. No hospital em questão, a profissional aponta que são 500 leitos para duas assistentes sociais que prestam a assistência direta aos usuários internados e a seus respectivos familiares ou rede de apoio social. Ou seja, são 250 leitos para cada profissional. Supomos que essas profissionais não conseguem avaliar nem 50% das internações realizadas no dia, ou seja, muitos usuários deixam a unidade de saúde sem terem sido atendidos pelas assistentes sociais.

Além disso, com esse quantitativo de profissionais para 500 leitos, é gerada uma sobrecarga de trabalho, o que também incide na qualidade do serviço prestado pelas assistentes sociais e na possível desassistência aos estagiários e/ou residentes. E aqui vale a sinalização também dos crescentes afastamentos das assistentes sociais por questões de saúde mental.

No Quadro 15 abaixo, são sinalizados os principais limites identificados pelas assistentes sociais participantes da pesquisa de campo:

Quadro 15 - Principais limites para um trabalho coadunado aos pressupostos do Projeto Ético-Político no seu cotidiano profissional

Quantitativo	Eixos de Análise
1	Estrutura física
4	Financiamento das políticas públicas
2	A incompreensão por parte dos outros profissionais sobre o Serviço Social
4	Limites institucionais/Disputa de projetos
1	Volume de trabalho

Fonte: Elaborado pela Autora (2024).

Os dois principais limites identificados dizem respeito à questão do financiamento das políticas públicas e aos limites institucionais, relacionados ao engessamento e à estrutura médico-centrada e às disputas de projetos na Política de

Saúde. Ambos os limites foram problematizados anteriormente nesta tese. Consideramos válido indicar as falas das assistentes sociais:

Os principais desafios são essas disputas de projetos assim, infelizmente são projetos com concepções, com princípios muito diferentes do nosso... Nosso projeto ético político se relaciona com o projeto da reforma sanitária, mas a gente vê cotidianamente esses outros projetos em disputa na saúde e a gente vê o avanço desses projetos então eu acho que esse é um dos grandes desafios que a gente tem não só no hospital, mas na saúde pública e como um todo... É uma instituição engessada nesse sentido, porque não são todos os atores envolvidos que defendem, que têm essa concepção para as disputas de projeto né, então assim, a gente tem propostas excelentes, a gente tem frentes de trabalho consolidadas, mas que às vezes não avança mais (Assistente Social 6)

Então um limite que eu vejo no hospital é um engessamento assim do trabalho para todas as áreas, eu acho que isso vem de uma maneira muito forte. Junto a isso, o poder médico, acho que é algo que se coloca como um limite para a gente porque às vezes o próprio médico nos aciona, pede um parecer, a gente começa a fazer uma intervenção, ele não dialoga com a gente, muda o plano de cuidados e a gente não fica sabendo, dá a alta e a gente não fica sabendo, você chega no outro dia e isso aconteceu comigo, eu perguntei a previsão de alta e “essa semana ele não tem alta, se tiver é semana que vem”, então eu pensei “bom, tenho um tempo”, enquanto eu estava organizando a alta saiu naquela semana (Assistente Social 9).

Conforme as falas aqui indicadas, as assistentes sociais abordam a questão do engessamento da Unidade, do poder médico e das disputas de projetos e todos esses eixos de análise incidem diretamente nos processos de trabalho dos assistentes sociais. Esses tensionamentos exigem que as profissionais analisem criticamente o seu fazer, mas analisem também a instituição na qual trabalham.

Ressaltamos que deve existir afinidade entre o projeto societário e o projeto profissional. Assim, o Projeto Ético Político deve se articular ao Projeto de Reforma Sanitária. Em momento anterior nesta tese, problematizamos os projetos que estão em disputa na Política de Saúde e apontamos para a importância que o fazer profissional expresse os valores do Projeto Ético-Político e os princípios da Reforma Sanitária.

No trabalho coletivo em saúde, o desenvolvimento de qualquer atividade é atravessado pelas tensões expressas anteriormente e por diversos desafios. Tais atividades apresentam-se fragmentadas, sem qualquer interdisciplinaridade, focadas no aspecto biologizante, em que as práticas são centradas nos médicos, e todas as outras profissões são subordinadas ao fazer deles (Fechine, 2015). Um dos desafios

que identificamos nas transcrições das entrevistas e que foi um dos eixos de análise que mais se repetiu nas falas das assistentes sociais é a incompreensão por parte dos outros profissionais sobre o que faz o Serviço Social. Embora esse eixo já tenha sido problematizado em momentos anteriores desta tese, consideramos que, por se tratar de um dos aspectos mais recorrentes nas transcrições das entrevistas, ainda merece ser retomado e analisado com maior atenção.

Com o intuito de ilustrar situações que são direcionadas aos profissionais, mas que extrapolam o escopo de suas atribuições, os Parâmetros ressaltam as seguintes atividades:

- Solução quanto ao atendimento (facilitar marcação de consultas e exames, solicitação de internação, alta e transferência)
- Reclamação com relação à qualidade do atendimento e/ou ao não atendimento;
- Não entendimento do tratamento indicado e falta de condições para realizar o tratamento;
- Solicitação e regulação de ambulância para a remoção e alta;
- Identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade e transferência hospitalar;
- Convocação para informar sobre alta e óbito;
- Comunicação de óbitos (CFESS, 2010, p. 41-45).

A incompreensão que os profissionais têm sobre o que faz o Serviço Social geram as atividades relatadas acima. Demandas essas que em nada se relacionam ao rol de competências e atribuições que os assistentes sociais possuem. Entretanto, conforme Vallecilo (2019), essas requisições indevidas não estão aquém do movimento histórico, porque além das transformações societárias, evidenciadas anteriormente nesta tese, também não podemos deixar de lado a história da profissão e como se configuraram suas atividades, suas ações até o amadurecimento da profissão.

Tais requisições são, muitas vezes, de cunho administrativo, burocrático, que um profissional de ensino médio consegue responder, não exigindo, assim, qualquer especificação de nível superior, conforme já fora refletido nesta tese. Os profissionais também recebem demandas de caráter meramente explicativo: onde fica um determinado setor na Unidade, orientação quanto à cópia de prontuários, onde são localizados os médicos na Unidade, entre outras.

Conforme Silva (2023b, p.78),

Pergunta-se praticamente tudo que não se sabe, como se fôssemos um grande balcão tira-dúvidas, nos quais os assistentes sociais são os responsáveis por chegar ao seu setor, sentar na cadeira e esperar a próxima pessoa abrir a porta com a próxima dúvida...

Os assistentes sociais, nos hospitais, desempenham um papel polivalente e são vistos pela gestão da Unidade como profissionais versáteis, aptos a atender às mais diversas requisições. São profissionais que, além de responderem às demandas relacionadas às suas atribuições e competências, dão conta de explicar onde se solicita cópia de prontuário, onde pode se localizar a fisioterapia ou os médicos, preenchem as fichas de notificação de violências, solicitam o transporte para altas, preenchem formulários para os médicos, assim, realizam mediação de conflitos entre os profissionais e os usuários, e entre os usuários e suas famílias, entre outras ações. Ações essas que também podemos apontar que estão no escopo de um certo gerenciamento dentro da Unidade de Saúde.

Uma das questões principais que se coloca em relação à incorporação dessas requisições indevidas é que o Serviço Social da Unidade incorpora a imagem do polivalente, multifacetada. E os profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional e os gestores do Hospital vão continuar requisitando dos assistentes sociais as respostas a essas demandas num ciclo que não tem fim.

Consideramos que uma estratégia que pode ser fomentada para enfrentar essas requisições indevidas está para além de negar a execução delas, mas se coloca como imperiosa para as assistentes sociais a construção de espaços coletivos onde se possa informar à gestão e aos outros profissionais o objetivo da intervenção e a importância dos assistentes sociais nos Hospitais. Além de também ser imperioso fazer frente a essas requisições indevidas, porque, enquanto os assistentes sociais seguirem abarcando tais atividades, a incompreensão do que faz o Serviço Social vai continuar sendo reiterada na Unidade.

Em relação à pergunta “Quais estratégias você identifica que podem ser implementadas para enfrentar os limites que você identificou na pergunta anterior com vistas à concretização de um trabalho crítico?”, sintetizamos o Quadro 16:

Quadro 16- Estratégias para o enfrentamento dos limites

Quantitativo	Eixos de Análise
5	Intermediar com a gestão

2	Trabalho educativo/Conscientizador sobre o que é o Serviço Social
2	Incentivo ao trabalho interdisciplinar
3	Comunicação/Articulação
1	Ocupar espaços/Organizar a categoria profissional

Fonte: Elaborado pela Autora (2024).

Vale sinalizar que, nas transcrições das entrevistas, identificamos que grande parte das respostas elucidavam a importância da articulação e do diálogo com a gestão dos Hospitais, mas também identificamos nas respostas que essa articulação também estava relacionada aos próprios assistentes sociais.

Com relação aos eixos de análise, ressaltamos a articulação que existe entre eles, porque temos novamente como centralidade o eixo da comunicação que é transversal aos eixos da articulação com a gestão da Unidade, com o trabalho educativo visando a socializar as informações relativas ao que faz o Serviço Social no hospital e ao trabalho interdisciplinar, conforme elucidamos com as transcrições a seguir:

É, isso aí, eu acho que a gente precisa estar intermediando com as nossas chefias, né (Assistente Social 1).

Eu acho que como estratégia, através das nossas coordenadoras, as demandas que a gente tiver e que precisarem ser levadas à gestão, a gente sensibilizar nossa coordenação para levar à gestão e ter um diálogo mais fluido com a gestão, digamos assim (Assistente Social 3).

Eu continuo fazendo a defesa da nossa capacidade de articulação. Eu acho que essa capacidade de articulação, de mediação, eu acho que ela ainda é a melhor estratégia... Eu não consigo vislumbrar outro caminho que não seja esse pelo diálogo, das construções coletivas, esse caminho é um caminho que dá mais trabalho é o caminho que demanda mais tempo e certamente a gente não vai por exemplo conseguir talvez um resultado já a curto prazo porque isso é construção (Assistente Social 6).

Então eu acho estratégia se preparar, assim, em formas de reconhecimento disso, buscar entender e levar à gestão (Assistente Social 7).

Então, eu acho que a gente tem que trabalhar de uma forma mais global, igual por exemplo, não trabalhar no pequenininho, trabalhar estratégias, por exemplo na conversa junto com a presidência, outras frentes de trabalho para o Serviço Social. Acho que a gente vai

trabalhar individualmente também, reforçando as coisas, de forma individual, mas eu acho que se for uma coisa que a gente conseguir lá no gestor, lá de cima, começar a trabalhar lá de cima também, vai reforçar muito a mentalidade entre aspas institucional (Assistente Social 8).

Explorar dentro do hospital de que maneira a gente consegue ter uma interferência maior na gestão para esse enfrentamento (Assistente Social 9).

Em consonância com os fragmentos acima, podemos constatar que a compreensão da gestão, tanto gestão da Unidade, quanto da coordenadora ou referência técnica do Serviço Social, quanto à inserção do Serviço Social nos hospitais, seus objetivos, sua importância, é imperiosa nos três espaços, que foram objeto de pesquisa desta tese, além também de identificarmos nas falas quão imperiosa é a comunicação, o diálogo entre esses sujeitos.

Conforme vimos anteriormente, os Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010) têm, enquanto um de seus eixos, a Investigação, Planejamento e Gestão. Vale sinalizar que as assistentes sociais, participantes da pesquisa de campo desta tese, ao abordarem as questões relacionadas à gestão, estavam apontando no macro a gestão da Política de Saúde e os gestores dos seus respectivos hospitais, como gerentes, coordenadores, diretores, chefias médicas, referências técnicas, entre outras designações. Nas transcrições, as assistentes chamavam de “chefias diretas” as assistentes sociais que estavam na função de Referência Técnica (RT) do Serviço Social.

Nos Parâmetros, é apontado que o eixo mencionado acima envolve um conjunto de ações que visam ao fortalecimento da gestão democrática e participativa, tomando como perspectiva o fortalecimento também das práticas interdisciplinares e intersetoriais entre a Política de Saúde e as demais Políticas Sociais. Compreendemos a dimensão da gestão do trabalho dos assistentes sociais enquanto uma atividade inerente ao seu processo de trabalho, sendo seu instrumento, sua competência e sua atribuição (Benevides; Lima, 2019).

Nesta tese, não tomamos a gestão enquanto um objeto de pesquisa, mas cabe sinalizar que defendemos a administração que parte de uma perspectiva democrática e emancipadora, que concebe a gestão enquanto uma atividade cujo objetivo é efetivar e ampliar o acesso aos direitos pela classe trabalhadora (Souza Filho e Gurgel, 2016). Concordamos com Benevides e Lima (2023) que

a gestão consiste em uma atividade humana que tem sua finalidade fundada no planejamento e na organização adequada dos recursos para realização de objetivos intencionalmente estabelecidos, para atender especificamente às necessidades, portanto, condição necessária da vida humana.

A gestão democrática, então, tem em seus objetivos finalísticos, a emancipação, alinhados ao Projeto Ético-Político do Serviço Social, aos seus respectivos princípios e valores, sendo, portanto, essa perspectiva de gestão que as Referências Técnicas da profissão devem efetivar no seu respectivo fazer. Entretanto, os hospitais refletem a opção da sociedade capitalista pela perspectiva de gestão alinhada à dominação de classes, aos objetivos da classe burguesa.

Conforme Benevides (2017), os assistentes sociais envolvidos em processos de gestão devem se fundamentar não apenas em critérios de eficiência e eficácia na utilização de recursos necessários para alcançar um determinado objetivo, mas devem fundamentar-se nas bases teórico-metodológico e ético-política expressas no Projeto Ético-Político, que contempla os compromissos assumidos junto à classe trabalhadora, que se propõe a contribuir para a construção de uma nova sociedade.

Os gestores democráticos devem, então, se converter, devem ser lideranças que consigam ampliar as adesões em torno de um projeto democrático de gestão, mas também de um projeto democrático de sociedade (Souza Filho; Gurgel, 2016). O assistente social em um cargo de gestão, de Referência Técnica do Serviço Social, precisa ter competência ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa para analisar a conjuntura, a instituição, analisar os movimentos da gestão do hospital, dos outros profissionais, dos próprios assistentes sociais, dos usuários, para avaliar, monitorar, negociar, planejar, para compreender os interesses e projetos em disputa no espaço sócio-ocupacional. Defendendo, assim, a ocupação das instâncias de controle democrático, as Políticas Sociais Públicas, os interesses coletivos, as condições e relações de trabalho dignas a despeito das requisições institucionais de produtividade, eficiência, eficácia, atendimento por prazos com fixação de tempo, entre outras.

Nas palavras de Vidal (2013, p. 131),

É imprescindível que a estratégia de gestão, dentro dos serviços públicos de saúde, seja utilizada pelas assistentes sociais de maneira a possibilitar a ampliação de acesso a bens e serviços, resultando em processo democrático e participativo. É preciso competência para lidar com a gestão, conhecimentos e saberes, o que exige dentre outros

elementos, capacidade de antecipar, de projetar. Além da análise das relações de poder e da conjuntura, é necessário tratamento técnico de dados e informações, capacidade que não está dada, mas é algo a construir e a alcançar.

Os assistentes sociais ocupando cargo de chefias é estratégico, desde que o profissional tenha como horizonte o Projeto Ético-Político e parta da perspectiva social crítica de análise. Caso contrário, será fomentada uma gestão com raízes na perspectiva formal-abstrata, que reitera os aspectos conservadores da profissão. A ocupação desse espaço é, então, desafiadora, porque a gestão do Serviço Social pode servir ao capital ou à classe trabalhadora. Assim, é demandado que, em cargos de chefia, a assistente social construa as mediações necessárias, teórico-metodologicamente e ético-politicamente, para fundamentar a gestão, a partir da competência crítico-reflexiva, com a perspectiva democrática-emancipadora (Benevides, 2017).

Consideramos que é captando as mediações que as assistentes sociais, em cargos de Referência Técnica, conseguem dialogar com a gestão dos Hospitais quanto às atribuições e competências sobre o fazer do Serviço Social na Unidade. Acreditamos, com base na pesquisa de campo realizada para elaboração desta tese, que as indagações realizadas no início deste tópico: “Por quê”, “Para quê”, “O que fazer” e “Como fazer?” devem ser respondidas primeiro aos gestores dos Hospitais, no sentido de desconstruir a imagem histórica do Serviço Social na Saúde, e, em paralelo a essa ação, devem ser construídas atividades que expressem o por que faz, para que faz, o que faz e o como faz os assistentes sociais nos hospitais de alta complexidade.

Acreditamos que essas ações devem começar pela gestão, pelo topo da pirâmide, para somente em momento posterior ir descendo até alcançar a base. Identificamos que é no espaço da gestão que o Serviço Social pode expressar, de fato, a sua imagem, o seu fazer, seu objeto de trabalho, os indicadores, os dados da realidade. E esses espaços devem ser ocupados pelas Referências Técnicas do Serviço Social, e neles tais referências, além de defender a ampliação dos direitos, a participação democrática dos sujeitos, devem também dar visibilidade ao fazer dos assistentes sociais, porque, se a própria gestão dos hospitais ainda possui a compreensão de que os assistentes sociais são os profissionais da ajuda, como almejar o entendimento por parte da equipe multiprofissional do que faz o Serviço

Social? Assim, defendemos um processo de desconstrução dessa imagem profissional concomitante ao processo de construção do que, de fato, faz a profissão.

As assistentes sociais também apontaram em suas falas o trabalho interdisciplinar enquanto estratégia de enfrentamento, e consideramos que ainda que ele seja uma possibilidade para construção da imagem profissional crítica, está longe de ser uma realidade, devido ao desmonte que vem sendo operado no SUS, conforme vimos anteriormente nesta tese. Então, os assistentes sociais precisam refletir no miúdo do cotidiano quais estratégias e quais as ações táticas serão construídas para fomentar uma imagem de profissão, um fazer profissional que, de fato, expresse a defesa dos valores e princípios do Projeto Ético-Político da profissão.

Acreditamos que essa ação socioeducativa é a base para a construção de um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social. Mas ocupar o espaço de gestão é desafiador também porque é um espaço cooptador, um espaço onde são perpetradas muitas violências, é um espaço adoecedor, de relações verticalizadas. Segundo Bonfim (2012), na pesquisa realizada tendo por objeto processos éticos concluídos no Conselho Regional de Serviço Social/7ª Região, a grande maioria deles indicou pelo menos dois artigos como possivelmente violados: “art.11º alínea b - é vedado ao assistente social prevalecer-se de cargo de chefia para atos discriminatórios e de abuso de autoridade”, e “art. 4º alínea c - é vedado ao assistente social acatar determinação institucional que fira os princípios e diretrizes deste Código”. A pesquisa da autora também revelou que a área de maior recorrência de processos éticos foi a Saúde.

Reconhecer a existência de desafios na ocupação dos espaços de gestão pelos assistentes sociais, de desafios para concretizar um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político não inviabiliza a construção de estratégias que fomentem o enfrentamento aos limites identificados pelas assistentes sociais, participantes da pesquisa de campo, e já problematizados nesta tese. Admitir que existem limites à construção de um trabalho coadunado aos pressupostos do Projeto Ético-Político é condição para que novas estratégias sejam elaboradas a fim de concretizar nos hospitais de alta complexidade um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social. Nas palavras de uma das assistentes sociais da pesquisa: a construção dessas estratégias exige um pensar, repensar constante. Exige também a suspensão do cotidiano para pegar um fôlego e ter forças

para reinventar o trabalho profissional, de modo que ele tenha uma direção ético-política de transformação da realidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos ao final desta tese com a certeza de que não é nesse espaço que as discussões se encerram, porque há um longo caminho a ser percorrido acerca da elaboração de estratégias que expressem um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político na alta complexidade. Acreditamos que a pesquisa de campo realizada para a elaboração deste trabalho contribui para compreensão sobre as estratégias implementadas no cotidiano por assistentes sociais que exercem a profissão no espaço sócio-ocupacional de unidades de Saúde de alta complexidade em Juiz de Fora, com vistas a concretizar um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Através da realização das entrevistas conseguimos entender qual a compreensão que os assistentes sociais possuem acerca do Projeto Ético-Político; também conseguimos alcançar a compreensão a respeito das possibilidades e das condições de construção de um trabalho crítico e comprometido com tal projeto, e assim, conseguimos identificar, no trabalho profissional dos assistentes sociais inseridos em hospitais de alta complexidade, as estratégias que os profissionais utilizam com vistas a realizar um trabalho competente, qualificado e coadunado aos princípios do projeto considerado hegemônico na categoria profissional, corroborando, assim, para as discussões, ainda incipientes, sobre o fazer profissional dos assistentes sociais na alta complexidade da Saúde, conforme constatado no item 4 desta tese.

Tal constatação inclusive se expressou enquanto um impasse, em determinado momento do processo de doutoramento, para a realização da pesquisa, mas também se expressou enquanto uma necessidade precípua de discussão, visto que existem muitos assistentes sociais inseridos em espaços de alta complexidade, mas que não possuem subsídios teóricos que iluminem o seu fazer nesse espaço sócio-ocupacional. Então, consideramos nossa pesquisa de grande relevância para a categoria profissional.

Ao iniciarmos a elaboração do projeto de pesquisa, elencamos o objetivo geral, além dos objetivos específicos da tese, e acreditamos ser importante escrevê-los neste espaço. Nossa pesquisa teve como objetivo geral: analisar as estratégias implementadas pelos assistentes sociais no espaço sócio-ocupacional de unidades de saúde de alta complexidade, do município de Juiz de Fora/MG, com vistas a

concretizar um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social. Acreditamos que, com as entrevistas, este objetivo foi alcançado, porque as assistentes sociais expressaram o que entendiam por estratégias de trabalho e também conseguiram apontar as estratégias que utilizam na realidade socioinstitucional, que expressam um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço. Vale ressaltar que fizemos a opção por não indicar, nesta tese, as possíveis incoerências quanto às incompreensões e confusões no debate sobre estratégias e táticas quando analisamos as respostas das entrevistas, porque não objetivamos com este estudo sinalizar equívocos e acertos em relação a este debate.

E, a partir do objetivo geral, traçamos os seguintes objetivos específicos:

- a) analisar os rebatimentos das transformações societárias, no mundo do trabalho no fazer dos assistentes sociais inseridos em hospitais de alta complexidade em Juiz de Fora;
- b) analisar os rebatimentos das transformações da política pública de Saúde no trabalho dos assistentes sociais que trabalham em hospitais de alta complexidade em Juiz de Fora;
- c) perceber se há tendências no trabalho das assistentes sociais de concretizar um trabalho crítico, competente e coadunado ao Projeto Ético-Político Profissional;
- d) identificar qual a compreensão que as assistentes sociais possuem acerca das suas estratégias de trabalho;
- e) problematizar as estratégias sinalizadas pelas profissionais para realizarem o enfrentamento aos limites que expuseram para a não realização de um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Consideramos que todos os objetivos específicos elencados foram conquistados. Com a nossa pesquisa conseguimos expressar o quanto as transformações societárias e na Política Pública de Saúde e até a mesmo a conformação da Unidade Hospitalar no Brasil rebatem diretamente no Serviço Social, bem como complexificam as demandas postas à profissão. Com ela também conseguimos evidenciar que as assistentes sociais, participantes da pesquisa, conseguem construir um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social. Conseguimos também captar o que as assistentes sociais

compreendem por estratégias de trabalho, além de propiciar um momento de suspensão do cotidiano para que elas pudessem apontar os limites que identificam para não conseguirem concretizar um trabalho coadunado ao Projeto Ético-Político do Serviço Social, e suscitamos que elas refletissem as estratégias que poderiam ser construídas para fazer o enfrentamento aos limites que elas identificaram.

Acreditamos que, devido ao fato de estar inserida em um dos hospitais de alta complexidade, participante da pesquisa de campo pode ter levado a outro patamar as discussões que realizamos nesta tese. Vale ressaltar que este trabalho foi iniciado em contexto pandêmico, que foi retratado em momento anterior nesta tese, e foi sendo escrito e finalizado no contexto pós-pandemia. A pandemia do início ao fim impôs uma série de desafios ao trabalho dos assistentes sociais na saúde, mas cabe sinalizar que, na pesquisa de campo, apenas uma assistente social fez menção ao período pandêmico.

Esta tese traz importantes contribuições sobre o trabalho dos assistentes sociais inseridos na alta complexidade de Juiz de Fora. No último tópico, tecemos reflexões acerca da pesquisa de campo realizada, e a análise das transcrições foi dividida em quatro grandes blocos: perfil profissional, exercício profissional, Projeto Ético-Político e estratégias. A análise das transcrições foi realizada em eixos de análise, que podem se revelar enquanto estratégias ou táticas para concretizar um trabalho crítico coadunado ao Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Um verbo que mais apareceu nas transcrições das entrevistas das assistentes sociais que responderam à pergunta: O que você entende por estratégias de trabalho? Foi o verbo: Buscar, que conforme expressei anteriormente significa pesquisar, imaginar, tentar encontrar uma saída. E esse verbo utilizado pelas profissionais expressa a busca para desenvolver estratégias de ação, o que significa que elas estão em movimento, estão buscando compreender e implementar estratégias que estejam coadunadas ao projeto ético-político do Serviço Social, estão buscando construir um Serviço Social Crítico nos seus respectivos espaços socio-ocupacionais.

Um dos eixos de análise que chama atenção é relativo à incompreensão dos outros profissionais quanto ao fazer do Serviço Social. Acreditamos, como já apontado anteriormente, que a fragmentação do trabalho na Saúde e a alta rotatividade de profissionais podem ocasionar essas incompreensões quanto às atribuições e competências do Serviço Social. Mas vale ressaltar que essa questão vem sendo posta historicamente na Saúde e está relacionada também ao fato de algumas

demandas serem absorvidas pelos assistentes sociais ainda que não sejam demandas inerentes à profissão. E, enquanto estratégia, pensamos que as profissionais poderiam propor oficinas sobre suas atribuições, seu papel nos hospitais de alta complexidade, a fim de que os outros profissionais e a gestão da Unidade estejam esclarecidos quanto ao que faz o Serviço Social. Acreditamos que a elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão, Planos de Trabalho, Projetos de Intervenção, também pode se constituir em tática importante para a socialização sobre o que é e o que faz o Serviço Social. Devemos, ainda, ter o entendimento que o próprio reconhecimento de assistentes sociais como profissionais da saúde é algo recente, com pouco mais de 20 anos, conforme visto em momento anterior.

Outra estratégia referida pelas assistentes sociais participantes da pesquisa é o trabalho em equipe multiprofissional. Partindo do conceito ampliado de saúde e do princípio de integralidade do SUS, consideramos que o Serviço Social é uma potência nos hospitais de alta complexidade no que concerne às articulações intersetoriais e ao trabalho interdisciplinar necessários para a garantia de uma alta segura. Geralmente os assistentes sociais são acionados para a desospitalização dos usuários e, no intento de viabilizar uma alta segura, realizam discussões com as equipes envolvidas na assistência direta dos usuários, assim como realizam articulações com outros níveis de atenção da Política de Saúde e com as demais Políticas Públicas.

Compreendemos que o trabalho interdisciplinar ainda está longe de ser efetivado no SUS, mas acreditamos que as articulações intraequipes nos hospitais através de reuniões, discussões de caso, podem suscitar espaços interdisciplinares. Como o Serviço Social é constantemente requisitado na alta para orientações previdenciárias, sobre aquisições de insumos, judicializações, orientações sobre acesso a benefícios, entre outras, consideramos que a profissão pode provocar uma prática interdisciplinar na Saúde.

Ainda no rol de ações requeridas aos assistentes sociais, está o trabalho em rede, que, na pesquisa de campo, surge como uma das principais demandas postas às assistentes sociais participantes da pesquisa. Os profissionais, em virtude da natureza de suas intervenções, tornam-se, no SUS, um agente articulador entre os seus respectivos níveis de atenção, entre o SUS e as outras Políticas, se constituindo enquanto um elo invisível, como sinalizado por Costa (2008). Compreendemos que as ações intersetoriais e o trabalho em rede são de precípua importância no trabalho

coletivo em Saúde. Entretanto, vale sinalizar que há uma complexificação das demandas da população atendida pelos assistentes sociais e que existe também um esgotamento da rede socioassistencial que presta o atendimento a esses usuários tanto no sentido do esvaziamento de ações quanto no de inexistência de serviços a serem ofertados.

Tendo em vista que as articulações intersetoriais aparecem enquanto eixo de análise nesta tese, consideramos importante que os assistentes sociais tenham conhecimento sobre os equipamentos existentes no território e sobre os serviços ofertados por eles, porque assim é possível qualificar a sua intervenção junto aos usuários. Também entendemos que é de relevância fundamental a existência de fluxos para acionamento da rede, com vistas a alcançarmos um trabalho intersetorial que também esteja na via do atendimento integral das necessidades da população.

Defendemos que a criação e elaboração desses fluxos intersetoriais não é de competência exclusiva dos assistentes sociais, mas sua inserção nos espaços de discussão e definição deles é estratégica. E aqui vale ressaltar a importância de que as equipes do Serviço Social nos hospitais de alta complexidade tenham Referências Técnicas. Na análise das transcrições, a Referência Técnica recebeu denominações de Coordenação e Chefia imediata. Partimos da compreensão que tais referências possuem um fundamental papel junto à gestão da Unidade e junto às demais equipes profissionais, principalmente no que concerne às possíveis incompreensões acerca do fazer dos assistentes sociais e no sentido de suscitar a importância de sua participação nos espaços decisórios, de gestão e de alinhamento de fluxos com a rede intersetorial.

As discussões acerca das Referências Técnicas no Serviço Social ainda são muito incipientes, e avaliamos que é de relevância fundamental que as entidades representativas da profissão suscitem debates sobre o papel das Referências Técnicas na profissão e que também sejam criados espaços de reflexão, qualificação em temas correlatos à gestão do trabalho.

Todos os eixos de análise trabalhados anteriormente colocam em evidência um outro eixo que surgiu na fala de algumas assistentes sociais durante as entrevistas: a comunicação. Conforme vimos ao longo desta tese, a linguagem é uma categoria central para as relações sociais e é insuprimível da construção do ser social (Araújo; Castro, 2024). A comunicação aparece na pesquisa de campo enquanto uma estratégia para a construção de um trabalho crítico e comprometido com o Projeto

Ético-Político do Serviço Social e compreendemos que se a comunicação for entendida e apropriada enquanto um processo dialético que contribui para o desenvolvimento do conhecimento crítico na via da transformação social, ela pode se constituir enquanto uma estratégia para a efetivação de um trabalho crítico, coadunado ao Projeto Ético-Político da profissão. Acreditamos ser de suma importância que o Serviço Social faça o debate sobre linguagem e comunicação no bojo da profissão, porque além de ser um instrumento de trabalho dos assistentes sociais, sua democratização se constitui em um dos princípios fundamentais do Projeto Ético-Político.

Como apontado pela Assistente Social 3, a implementação de estratégias que expressem o compromisso com o Projeto Ético-Político “fácil não é, mas eu acho que a gente consegue sim no nosso cotidiano de trabalho aos pouquinhos implementar...”. E, de fato, a elaboração de tais estratégias é desafiadora, tendo em vista o contexto de desmonte de direitos, sucateamento e privatização da Política de Saúde, aprofundamento do conservadorismo... Não é fácil mesmo, mas é no miúdo do cotidiano que se faz possível a construção das estratégias. E aqui vale ressaltar: não tem receita de bolo, não tem prescrição. Ainda que tenhamos trazido algumas possibilidades, são os processos de trabalho em cada espaço sócio-ocupacional, as respectivas análises institucionais, levantamento de demandas, de perfil dos usuários, suspensão do cotidiano, que podem subsidiar a construção de estratégias e táticas pelo Serviço Social para um trabalho crítico e comprometido com os valores e princípios do Projeto de Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

50 ANOS do HU: hospital referência em saúde para toda a região. *Uffj Notícias*, Juiz de Fora, 8 ago. 2006. Disponível em: <https://www2.ufff.br/noticias/2016/08/08/50-anos-do-hu-hospital-referencia-em-saude-para-toda-a-regiao/>. Acesso em 15 ago. 2025.

ANTUNES, R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho. 13. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2010.

ANTUNES, R. Dimensões da crise e metamorfoses do mundo do trabalho. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez, n. 50, ano XVII, 1996.

AMARAL, Â.; MOTA, A. E.; PERUZZO, J. O novo desenvolvimentismo e as políticas sociais na América Latina. In: MOTA, A. E. *Desenvolvimentismo e Construção de hegemonia*: crescimento econômico e reprodução da desigualdade. 1ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2014.

ARAGÃO, T. *O trabalho do Assistente Social nas UPAS de Juiz de Fora*: especificidades de um espaço sócio-ocupacional. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2017.

ARAÚJO, M e CASTRO, M. Assistência Multiprofissional em saúde e prontuário hospitalar: elementos para a reflexão no Serviço Social. Libertas, 2023

ARRETCHE, M.T.S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 14, n. 40, p. 111–141, jun. 1999.

ARRETCHE, M. Estado Federativo e Política Social: determinantes da descentralização. São Paulo: Editora Revan, 2000.

BARBOSA, P. O. ; et al. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (eds.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 577-608. ISBN 978-85-7541-349-4. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0021>.

BEHRING, E. Brasil em Contra-Reforma. Desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez Editora, 2002.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. *Política social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

BEHRING, E. R, CISLAGHI, J. e Souza, G. Ultraneoliberalismo e Bolsonarismo: impactos sobre o orçamento público e a política social. In: Bravo, M. I., Matos, M., Freire, S. Políticas Sociais e Ultraneoliberalismo. Uberlândia-MG: Navegando Publicações, 2020.

BENEVIDES, G. *Gestão e Serviço Social: desafios teórico-práticos para a formação e o trabalho profissional*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Franca, 2017.

BENEVIDES, G.; LIMA, M. J. *Gestão e Serviço Social: desafios para a formação profissional*. *Em Pauta: Teoria Social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 52, p. 151-165, maio/agosto, 2023.

BENEVIDES, G.; LIMA, M. J. *Gestão e Serviço Social: reflexões Iniciais sobre a Apreensão das dimensões da gestão no cotidiano do trabalho do assistente social*. *Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*, 2019.

BOGO, A. *A Teoria da Organização Política III*. Escritos de Sun Tzu, Maquiável, Clausewitz, Trotsky, Giap, Fidel Castro, Carlos Fonseca e Florestan Fernandes. 1ª Edição. São Paulo. Expressão Popular, 2008.

BONFIM, P. *Conservadorismo Moral e Serviço Social*. A particularidade da formação moral brasileira e sua influência no cotidiano dos Assistentes Sociais. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

BOSCHETTI, I. *Seguridade social e projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania?* *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 79, 2004.

BOSCHETTI, I. TEIXEIRA, S. O fardo do radical ajuste fiscal para a classe trabalhadora sob a ótica das despesas do orçamento da seguridade social. *Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*, Vitória/ES, v. 1, n. 1, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22082>. Acesso em 12 ago. 2025.

BRAGA NETO, F.C *et al*. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L., *et al*. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 577-608. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>. Acesso em 11 ago. 2025.

BRANDÃO, C.; MENDONÇA, A.; SOUSA, M. *O ministério da Saúde e a gestão do enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil*. *Saúde Debates*, Rio de Janeiro, v. 47. n. 137, p 58-75, 2023.

BRASIL Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002*. Brasília, 2002b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html Acesso em 11 ago 2025.

BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Brasília, 1988. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em 11 ago 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 5, de 1996. Institui as Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social. Diário Oficial da União, seção 1, Brasília, DF, 20 dez. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Normalização. *Caderno HumanizaSUS: atenção hospitalar*. Brasília-DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf. Acesso em 12 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria 312 de 02 de maio de 2002*. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS)*. Brasília, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em 12 ago 2025.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Brasília, 2024. Disponível em: datasus.gov.br. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Resolução nº 2, de 12 de abril de 2012*. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Brasília, DF, 2012.

BRAVO, M, I. *et al.* Ajuste fiscal e seguridade social: retrocessos e desafios em tempos de ofensiva conservadora. *Revista de Políticas Públicas*, São Luis, v. 24, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321165167012>. Acesso em 12 ago. 2025.

BRAVO, M.I. *Saúde e Serviço Social no Capitalismo*. Fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013a.

BRAVO, M. I. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. *et al.* (Org.) *Serviço Social e Saúde*. Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2013b.

BRAVO, M. I.; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação

BRAVO, M. I.; MATOS, M. *A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal*. São Paulo: Cortez Editora, 2001.

BRAVO, M.I. *Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

BRAVO, M.I, PELAEZ, E., PINHEIRO, W. As contrarreformas na Política de Saúde do governo Temer. *Argumentum*, Vitória, v.10, n.1, p.9-23, jan/abril. 2018.

BRAVO, M.I. MENEZES, J.S. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde, estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

BRAVO, M.I. MENEZES, J.S. Política de Saúde no Governo Lula: Algumas Reflexões”. In: BRAVO, M.I. *et al.* (Org.). *Movimentos Sociais, Saúde e Trabalho*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010

BRECHT, B. *Antologia Poética*. Rio de Janeiro: Elo Editora, 1982.

BRITO, M. A crise dos hospitais universitários federais e seus reflexos no espaço ocupacional das assistentes sociais: um olhar sobre a experiência do HC/UFPE. *Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*, 2018.

BUSCAR. In: *Dicio*, Dicionário online de português. 2023. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/buscar/>. Acesso em 11 ago. 2025.

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços Hospitalares*, Porto: Ed. Afrontamento, 2005.

CARDOSO, F.H. e FALETTO, E. Dependência e Desenvolvimento na América Latina. Ensaio de interpretação Sociológica. São Paulo: Zahar Editores, 5ª Edição, 1976.

CARDOSO, P. F. Ética e Projetos profissionais: os diferentes caminhos do Serviço Social no Brasil. 1. ed. Campinas: Editora Papel Social, 2013.

CARVALHO, R.; IAMAMOTO, M.V. *Relações sociais e Serviço Social no Brasil*. Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 22ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

CASTRO e CASTRO, M. *Humanização em saúde: intencionalidade política e fundamentação teórica*. 2ed. Juiz de Fora, MG. Editora UFJ, 2004.

CASTRO e CASTRO, M. *Trabalho em Saúde: a inserção do assistente social na atenção primária de saúde em Juiz de Fora/MG*. 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

CASTRO E CASTRO, M.; GUEDES, H. Atenção Hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em Saúde. *Serviço Social em Revista*, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 4–26, 2009. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10035>. Acesso em: 11 out. 2023.

CAVALCANTI, L. F.; ZUCCO. Política de Saúde e Serviço Social. In: REZENDE, Ilma (org.); CAVALCANTI, Ludmila Fontenele (org.). *Serviço social e políticas sociais*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

CECÍLIO, L.C.; MERHY, E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes*

e práticas em saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-386108>. Acesso em: 21 ago. 2023.

COSTA, M. D. O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais. In: *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2007

COUTINHO, C. N. Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1992.

COUTO, R. C. O Consenso de Washington e o Brasil: análise das políticas econômicas dos anos 90. 2010. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

CFESS. *Conselho Federal de Serviço Social, Código de Ética Profissional do assistente social e Lei 8662/1993*, que regulamenta a profissão de serviço social. Brasília, 2003.

CFESS. *Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde*. Brasília: CFESS, 2010.

CFESS. *Conselho Federal de Serviço Social. Produção de Documentos e Emissão de Opinião Técnica em Serviço Social*. CFESS, 2022.

CLAUSEWITZ, C. V. *A arte e os princípios da guerra*. São Paulo. Universo dos Livros, 2008.

COELHO, M. A. *Imediatividade na Prática Profissional do Assistente Social*. Serviço Social: temas, textos e contextos. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013

com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: MOTA, A. E. *et al.* (Org.).

COSTA, C. *O impacto das políticas neoliberais no Serviço de Saúde*. Um estudo sobre o trabalho dos assistentes sociais no HEMÓRIO. 2003. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

COSTA, M.D. O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais. *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 2ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

DRAIBE, S. M. A Política Social na América Latina: o que ensinam as experiências recentes de reformas? In: DINIZ, E. & AZEVEDO, S. de. (Org.) *Reforma do Estado e democracia no Brasil*. Brasília, ENAP, 1997.

DRUCK, G.; FILGUEIRAS, L. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. *Revista Katál*. Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 24-34, jan./jun. 2007.

DURIGUETTO, M. L. *Sociedade Civil e Democracia: um debate necessário*. São Paulo: Cortez, 2007.

- ENGELS, F.; MARX, K. A Ideologia Alemã. 8. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.
- ENGELS, F. A transformação do macaco em homem. 1876. Disponível em: <http://proletariosmarxistas.com/docs/Publicacoes%20diversas/O%20Papel%20da%20Trabalho%20na%20Transforma%C3%A7%C3%A3o%20do%20Macaco%20em%20Homem.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2023.
- ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963. In: GIOVANELA, Ligia; LOBATO, Lenaura; ESCOREL, Sara; NORONHA, J.; CARVALHO, A. I. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Cap. 10. Acesso em 11 ago. 2025
- ESCURRA, M.; IAMAMOTO, M. Serviço Social e trabalho da(o) Assistente Social: revisitando o debate histórico-crítico. In: MELO, A.I.S.; CARDOSO, I.C. da C.; FORTI, V.I. (Org.) *Trabalho, reprodução social e Serviço Social: desafios e utopias*. Navegando publicações, 2020.
- FECHINE, A. K. *O Serviço Social no Hospital Universitário Ana Bezerra: reflexões sobre a influência dos Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.
- FERNANDES, F. A revolução burguesa no Brasil. Ensaio de interpretação sociológica. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.
- FILHO, J. L. B.; BARBOSA, G. C. Acesso ao Sistema Único de Saúde: um estudo sobre a regulação em hospitais públicos no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 14, n. 4, p. 351-362, 2014.
- FORTI, V., COELHO, M. Contribuição à crítica do projeto ético-político do Serviço Social: considerações sobre fundamentos e cotidiano institucional. In: FORTI, V.; GUERRA, Y. (Orgs.). *Projeto ético-político do Serviço Social: contribuições à sua crítica*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015. (Coletânea Nova de Serviço Social).
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- FRANCO, A. Ap. Dimensão técnico-operativa da perícia em Serviço Social. In: FRANCO, A. Ap. de P.; FÁVERO, E. T., OLIVEIRA, R.de C. S. *Perícia em Serviço Social*. Campinas: Papel Social, 2021.
- FREITAS, M.D. *et al.* *A gestão de riscos e governança na pandemia por COVID-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês*. Relatório Técnico e sumário executivo. Rio de Janeiro: Fiocruz/ ENSP, 2020.
- GIL, A. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.
- GOHN, M. da G. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. 3 ed. São Paulo, Cortez, 2007.
- GOIN, M. *Fundamentos do Serviço Social na América Latina e no Caribe*. Campinas, Papel Social, 2019

GRANEMANN, S. O processo de produção e reprodução social: trabalho e sociabilidade. In: CFESS/ABEPSS. *Serviço Social: Direitos Sociais e Competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

GUERRA, Y. O projeto profissional crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. *Revista Serviço Social e Sociedade*, n. 91, 2007.

GUERRA, Y.; MONTAÑO, C. *Serviço Social Crítico. Teoria e Prática*. Uma análise dos Fundamentos do Serviço Social para a construção/consolidação de uma perspectiva crítica na profissão. Campinas: Papel Social, 2024.

GUIMARÃES, K.; PINHEIRO, S. O desgoverno Bolsonaro e o novo Coronavírus: uma análise preliminar sobre o impacto social dessa combinação no Brasil. *Serviço Social em Perspectiva*, v. 5, n. 1, jan/jun, Montes Claros, 2020

HARVEY, D. *Condição pós-moderna*. 6. ed. São Paulo: Loyola, 1996.

História da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora. JF Minas.com.br, Juiz de Fora, [201-?]. Disponível em: <https://www.jfminas.com.br/portal/historia/historia-da-santa-casa-de-misericordia-de-juiz-de-fora>. Acesso em 15 ago. 2025.

HORST, C. O planejamento e a elaboração do projeto de trabalho de assistentes sociais. In: HORST, C. H. M.; ANACLETO, T. F. M. (Org). *A dimensão técnico-operativa no trabalho de assistentes sociais*. Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais, Belo Horizonte: CRESS, 2023.

HOSPITAL de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira. Juiz de Fora, 2022. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/facsssocial/wp-content/uploads/sites/521/2018/05/Servi%C3%A7o-Social-HPS.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2025.

IAMAMOTO, M.V. 80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão. *Serviço Social & Sociedade*, n. 128, p. 13–38, jan. 2017.

IAMAMOTO, M.V. As dimensões Ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social Contemporâneo. *Serviço social e Saúde*. Formação e trabalho profissional. São Paulo: Ministério da Saúde, 2006.

IAMAMOTO, M.V. *O Serviço Social na contemporaneidade*. Trabalho e formação profissional. 14ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2008b.

IAMAMOTO, M.V. *Os desafios da profissão de Serviço Social no atual contexto de retrocessos das conquistas da classe trabalhadora*. CFESS, 2021.

IAMAMOTO, M.V. *Renovação e Conservadorismo no Serviço Social – Ensaio Críticos*. 8ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

IAMAMOTO, M.V. *Serviço Social em tempo de capital fetiche*. 2ª Edição. Paulo: Cortez Editora, 2008a.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social brasileiro em tempos de mundialização do capital. In: YAZBEK, M. C.; IAMAMOTO, M.V. (Org.). *Serviço Social na história: América Latina, África e Europa*. São Paulo: Cortez, 2019.

IANNI, O. Positivismo e Dialética. In: A sociologia e o mundo moderno. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2022*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

JÚNIOR, F. Gestão do SUS: o que fazer? *Saúde na atualidade*: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro, UERJ, Rede Sirius, 2011.

KAMEYAMA, N. A trajetória da produção de conhecimentos em Serviço Social: avanços e tendências. *Caderno Abess*. São Paulo: Cortez, v. 8, n 1, novembro, 1998.

KONDER, L. O que é dialética? São Paulo: Brasiliense, 2008.

KOSHIBA, L. ; PEREIRA, D. História do Brasil. 7. ed. São Paulo: Atual Editora, 1996.

LIMA, O. *Imersão nas condições de trabalho de assistentes sociais em âmbito hospitalar*. 2021. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Políticas Sociais) – Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2021.

LOWY, M. *O neofascista Bolsonaro diante da Pandemia*. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2020/04/28/michael-lowy-o-neofascista-bolsonaro-diante-da-pandemia/>. Acesso em 28 abr. 2022.

MANRIQUE, M. *História do Serviço Social na América Latina*. 12ª Edição. São Paulo: Cortez, 2011.

MARX, K.; ENGELS, F. *Mensagem do Comitê Central à Liga dos Comunistas*. Editorial Avante! - Edições Progresso Lisboa: Moscovo, 1982. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/marx/1850/03/mensagem-liga.htm> . Acesso em 05 abr. 2022.

MARX, K.; ENGELS, F. *O manifesto do Partido Comunista*. 1ª Edição. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, K. O capital: crítica da economia política. Livro I. São Paulo. Boitempo, 2013.

MARX, K. O capital: crítica da economia política. Livro II. São Paulo. Boitempo, 2014.

MARX, K. O capital: crítica da economia política. Livro III. São Paulo. Boitempo, 2017.

MATOS, M. de C. Assessoria e consultoria: reflexões para o Serviço Social. *Assessoria, consultoria e Serviço Social*. Cortez Editora, 2010.

MATOS, M. de C. Assistente Social: Trabalhador(a) da Área da Saúde. Reflexões a partir do Debate Brasileiro. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, [S. l.], v.

9, n. 17, 2009. Disponível em: <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/315>. Acesso em: 22 abr. 2025.

MATOS, M. de C. *Serviço Social, Ética e Saúde*. Reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MBEMBE, A. Necropolítica: biopoder, soberania, Estado de exceção, política da morte. *Arte & Ensaios*, Rio de Janeiro, n. 32, p. 123-151, 2016. Disponível em: <https://www.procomum.org/wp-content/uploads/2019/04/necropolitica.pdf>. Acesso em: 3 de agosto de 2022.

MELLO, C. *O trabalho do assistente social no contexto hospitalar: uma análise na perspectiva do trabalho em equipe*. 2012. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

MENDES, A. Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Orgs.) *Serviço Social, Saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional*. Campinas, SP: Papel Social, 2013.

MENICUCCI, T. M. G. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 2, p. 72–87, maio 2006.

MENDONÇA, M. T.; TEIXEIRA, C. O Movimento da Reforma Sanitária e a construção do Sistema Único de Saúde. In: BOSI, Ecléa (org.). *Memória e Sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)*. 2024. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em 30 mar. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Evolução e Planejamento Hospitalar*. Rio de Janeiro, 1965.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [online]. [S. l.], 2025. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Habilitacoes.asp?VEstado=31&VMun=313670&VComp=00&VTipo=H. Acesso em 14 ago. 2025.

MIOTO, R. C. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. *Serviço Social e Sociedade*, n. 55. Rio de Janeiro: Cortez, 1997.

MIOTO, R. C. e NOGUEIRA, A. C. A família e a atenção em saúde: proteção, participação ou responsabilização? In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Orgs.) *Serviço Social, Saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional*. Campinas, SP: Papel Social, 2013.

MIOTO, R. C.; NOGUEIRA, V. M. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. *Revista Katálysis*, v. 16, p. 61-71, 2013.

MONNERAT, S.; SOUZA, G. Tendências atuais da descentralização e o desafio da democratização na Gestão da Saúde. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (orgs.). *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez Editora, UERJ, 2001.

MORAES, M. *Algumas considerações sobre a história dos hospitais privados no Rio de Janeiro: o caso clínico São Vicente*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

MOTA, A. E. Redução da pobreza e aumento da desigualdade: um desafio teórico-político ao Serviço Social brasileiro. In: MOTAS, A. E. *As ideologias da Contrarreforma e o Serviço Social*. Pernambuco: Editora Universitária da UFPE, 2010.

NETTO, J.P. *A construção do Projeto ético-político do Serviço Social*. In: *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 2ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2007c.

NETTO, J.P. *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. 6ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2007a.

NETTO, J.P. *Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64*. 11ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2007b.

NETTO, J.P. *Introdução ao estudo do método de Marx*. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NETTO, J.P. Introdução ao método da teoria social. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS, 2010.

NETTO, J.P.; BRAZ, M. *Economia política: uma introdução crítica*. São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, A. C., MONTEIRO, M. A família e a atenção em saúde: proteção, participação ou responsabilização? In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.) *Serviço Social, Saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional*. Campinas, SP: Papel Social, 2013.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

OLIVEIRA, C.A. H. da S. Formação profissional em Serviço Social: “velhos” e novos tempos... constantes desafios *Revista Serviço Social e Realidade*, v. 13, n. 2. Franca: UNESP, 2004.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 4, p. 492–499, out. 2008.

PAIM, J. et al. Políticas de Saúde do governo Lula: avaliação dos primeiros meses de gestão. *Saúde em debate- Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, v.29, nº 70. Rio de Janeiro: CEBES, 2005.

PAULA, L. A dimensão técnico-operativa no trabalho de assistentes sociais. In: HORST, C.H.M.; ANACLETO, T.F.M. (Orgs.). *A dimensão técnico-operativa no trabalho de assistentes sociais*. Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais, Belo Horizonte: CRESS, 2023.

PAULA, L. G. P. A conjuntura de uma pandemia e o que ainda está por vir: impactos e estratégias possíveis. *Revista Serviço Social em perspectiva*, v.4, n. 2, jul/dez-2020, Montes Claros, 2020.

PAULA, L. G. P. *Estratégias e Táticas: reflexões no campo do Serviço Social*. 2ª Edição. Curitiba, Editora CRV, 2021.

PAULA, L. G. P. O debate teórico-metodológico sobre as estratégias e táticas no campo do Serviço Social. *Revista Serviço Social em perspectiva*, Montes Claros. Edição especial: março de 2018.

PAULA, L. G. P. *Um debate sobre estratégia as e táticas: problematizações no campo do Serviço Social*. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

PEREIRA, T. Política Nacional de assistência social e território: em estudo à luz de David Harvey. 2009. Tese (Doutorado) – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional – IPPUR, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

PIRES, D. *Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil*. São Paulo, Annablume, 1998.

PITANGUY, J. O Sexo bruxo. *Revista Religião e Sociedade*, outubro de 1985.

PORTES, M. A supervisão de Estágio no trabalho de assistentes sociais: elementos para a sua operacionalização. In: HORST, C.H.M.; ANACLETO, T.F.M. (Orgs.). *A dimensão técnico-operativa no trabalho de assistentes sociais*. Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais, Belo Horizonte: CRESS, 2023.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. Subsecretaria de Planejamento, Gestão Integrada e Participativa. *Plano Municipal de Saúde Participativo (2022-2025)*. Juiz de Fora, MG, 2020. Disponível em: plano-municipal-de-saude-2022-2025.pdf. Acesso em 20 fev. 2025.

RAICHELIS, R. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às

RAICHELIS, R. Serviço Social: trabalho e profissão no capitalismo contemporâneo. In: RAICHELIS, R. *et al. A nova morfologia do trabalho no Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2018. p. 25-66.

RAMOS, A. Dimensão Técnico-operativa do Serviço Social: notas introdutórias sobre instrumentos e técnicas e o projeto ético-político. In: RAMOS, A.; SANTOS, F. H. C. dos (Org). *A dimensão técnico-operativa no trabalho do assistente social: ensaios críticos*. Campinas: Papel Social, 2018.

RAMOS, A.; FORTI, V. Contribuições à discussão do trabalho do assistente social na área da saúde: projeto profissional crítico e algumas demandas recorrentes. In: RAMOS, Adriana; SILVA, Letícia Batista; GONÇALVES DE PAULA, L. (orgs.). *Serviço Social e Política de Saúde: ensaios sobre trabalho e formação profissionais*. 1. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. v. 1. p. 83-106.

RAMOS, A. Instrumentos e técnicas de trabalho do assistente social: notas para uma reflexão crítica. In: SILVA, L.B.; RAMOS, A. (Orgs.). *Serviço Social, Saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional*. Campinas, SP: Papel Social, 2013.

ROSADO, I., FREITAS, G. As contradições do direito à saúde no capitalismo: apontamentos da realidade brasileira. *Ser Social*, Brasília. V.22, n.47, jul./dez, p. 368-388, 2020.

SANTOS, C. M. As dimensões da prática profissional do Serviço Social. *Revista Libertas*, v. 2, n. 2, 2002; v. 3, n. 1 e 2, 2003. Disponível em: http://www.ufjf.br/revistalibertas/files/2011/02/artigo02_4.pdf. Acesso em: 18 abr. 2011.

SANTOS, W. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SCHWARCZ, L. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil-1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SILVA e SILVA, M. O. *O serviço social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura*. São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA, A. *A imagem e a Identidade Profissional do Assistente Social expressas no Cotidiano: um estudo a partir da demanda de trabalho na Alta Complexidade em Saúde*. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Humanidades, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

SILVA, B. *Serviço Social-profissão que intervém: uma análise da instrumentalidade da profissão no Hospital Gonzaguinha do Jose Walter, em Fortaleza/Ce*. 2023. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2023b.

SILVA, M. *O trabalho do/da assistente social em equipe multidisciplinar de cuidados paliativos de um hospital universitário em Teresina-Pi: um estudo sob a ótica dos profissionais de Serviço Social*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Centro de Ciências Humanas, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2023c.

SILVA, M. L. *Congresso Brasileiro da Virada e o Serviço Social hoje. Reação Conservadora, Novas tensões e resistências*. São Paulo: Cortez, 2019.

SILVEIRA, S., RODRIGUES, N. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH): (IN)compatibilidades com o SUS. *Anais do 16º ENPESS*, Vitória/ES, 2018.

SOARES, R.C.; *A contrarreforma na política de saúde e o sus hoje: impactos e demandas ao serviço social*. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n 103, p.453-475, 2010.

SOUZA FILHO, R. *Gestão Pública e Democracia. A burocracia em questão*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

SOUZA FILHO, R.; GURGEL, C. *Gestão Democrática e Serviço Social*. Princípios e Propostas à intervenção crítica. São Paulo: Cortez, 2016. (Coleção Biblioteca Básica de Serviço Social, v.7).

VALLE, J. *Entre o princípio da emancipação e o fardo da institucionalização: dilemas do Projeto Ético-Político profissional na busca de caminhos para a intervenção*. Dissertação (Mestrado em Política Social e Trabalho) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

VALLE, J. *Intenção(ões) de ruptura com o conservadorismo no Serviço Social: matrizes teóricas, horizontes societários e concepções pedagógicas na profissão*. Tese de doutorado apresentada à UERJ, 2023.

VALLECILO, T. As requisições da equipe de saúde para o Serviço Social: entre as atribuições históricas da profissão e as mudanças em curso no Serviço Social do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho-UFRJ. *Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*, 2019.

VASCONCELOS, A. *A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. 5ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

VASCONCELOS, A. A reunião no trabalho de assistentes sociais. In: HORST, C. H. M.; ANACLETO, T. F. M. (Org). *A dimensão técnico-operativa no trabalho de assistentes sociais*. Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais, Belo Horizonte: CRESS, 2023.

VASCONCELOS, A. *A/o Assistente Social na luta de classes: projeto profissional e mediações teórico-práticas*. 1ª Edição. São Paulo: Cortez, 2015.

VASCONCELOS, A. Serviço Social e prática reflexiva. *Revista Em Pauta*. n. 10. Rio de Janeiro: UER-FSS, 1997, p. 131-182.

VIANA, M. L. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Editora Revan, 2000.

VIDAL, D. L. C. Gestão de Equipes de Serviço Social da Saúde: iniciando um debate. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. *Serviço Social, Saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional*. Campinas: Papel Social, 2013.

YAZBEK, M.C. O significado sócio-histórico da profissão. In: *Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. Curso de Especialização à Distância CFESS/ABEPSS, 2009.

ZIGATO, J. *A implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no Hospital Universitário de Juiz de Fora (HU-UFJF): dilemas presentes e perspectivas futuras*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Juiz de Fora, 2015.

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista

Há quanto tempo você é formada?

Onde se formou?

Você possui especialização? Se sim, em qual nível?

Em qual hospital você trabalha?

Há quanto tempo atua no Hospital?

Você é plantonista, diarista ou coordenadora?

Caso seja plantonista, atua no setor de emergência, enfermaria ou CTI?

Em linhas gerais, o que você faz no Hospital? Quais as suas principais atividades?

Quais são as 3 principais demandas que chegam até você no hospital?

Você acredita que no seu cotidiano profissional é construído, por você e pelas demais assistentes sociais, um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social?

Para você, o que seria um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social? De que maneira ele se realiza no seu cotidiano?

O que você entende por estratégias de trabalho?

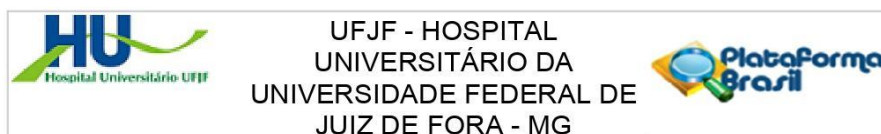
Você acredita que, no seu espaço de trabalho, é possível construir estratégias que efetivem um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social? Caso você acredite, consegue definir melhor sobre o que seria esse trabalho crítico e comprometido com o PEP?

Você acredita que a equipe de Serviço Social implementa tais estratégias? Se sim, consegue apontar 3 estratégias que você acredite que demonstram a efetivação de um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social?

Quais são os principais limites que você identifica no cotidiano profissional para que a equipe construa um trabalho coadunado aos pressupostos do Projeto Ético-Político no seu cotidiano profissional?

Quais estratégias você identifica que podem ser implementadas para enfrentar os limites que você identificou na pergunta anterior com vistas à concretização de um trabalho crítico?

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética na Plataforma Brasil



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias profissionais para um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político dos assistentes sociais inseridos em Hospitais de alta complexidade

Pesquisador: INGRID ADAME MOREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54485321.0.0000.5133

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.215.326

Apresentação do Projeto:

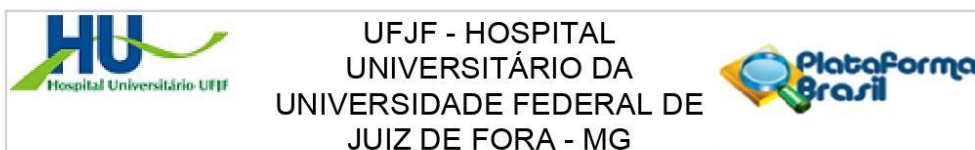
O presente projeto foi elaborado para fins de elaboração da tese de doutorado da autora, cujo objeto de estudo é o trabalho profissional- por nós denominado como “exercício profissional” - de assistentes sociais em Hospitais de alta complexidade. Analisando as determinações para a construção de um exercício profissional crítico e comprometido do Serviço Social, pretendemos refletir sobre o mesmo em contexto de (contra)

reforma do Estado (BEHRING, 2003), de avanço das políticas neoliberais e das mudanças advindas da reestruturação produtiva (ANTUNES, 2010) com seus rebatimentos na Política Pública de Saúde. A partir da compreensão sobre essas determinações e das condições do exercício profissional, pretendemos identificar estratégias utilizadas pelos assistentes sociais, nesse contexto e no setor de urgência e emergência, para concretizar um

trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social. Tomamos as estratégias enquanto possíveis mediações entre o que se projeta, o que se propõe a alcançar e o que, de fato, se pode realizar (Paula, 2018). Sendo assim, pretendemos refletir, na pesquisa de campo, sobre o trabalho dos assistentes sociais no espaço sócio ocupacional de em Hospitais de alta complexidade, investindo em identificar estratégias

para o enfrentamento dos limites postos ao exercício profissional. Identificamos, inicialmente, o que denominamos como principais características e determinações que se apresentam como

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
Bairro: Santa Catarina
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217 **CEP:** 36.036-110
E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.215.326

possíveis limites: a) o fato de o atendimento possuir caráter emergencial, assim o exercício profissional é tensionado pela imediatividade, pelo caráter de urgência no atendimento, o que tem sido justificado como fator para fragmentação e descontinuidade

no atendimento; b) o grande número de demandas atendidas e dirigidas ao assistente social deste setor, fomentando atendimentos pontuais e aligeirados. Ressaltamos que há também a designação de atendimentos que não integram as competências desses profissionais; c) a fragmentação do trabalho impulsionada por práticas desarticuladas entre os profissionais. Este trabalho consiste em uma pesquisa qualitativa, de cunho

investigativo, que tem por objetivo analisar as estratégias implementadas no cotidiano institucional por assistentes sociais que exercem a profissão no espaço sócio ocupacional em Hospitais de alta complexidade com vistas a concretizar um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético Político do Serviço Social. Serão realizadas entrevistas semiabertas com os profissionais atuantes em Hospitais de alta complexidade, no primeiro

momento será com os chefes do Serviço Social dos Hospitais pesquisados, e num segundo momento com a equipe de Serviço Social.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as estratégias implementadas no cotidiano institucional por assistentes sociais que exercem a profissão no espaço sócio ocupacional de unidades de saúde de alta complexidade com vistas a concretizar um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético Político do Serviço Social.

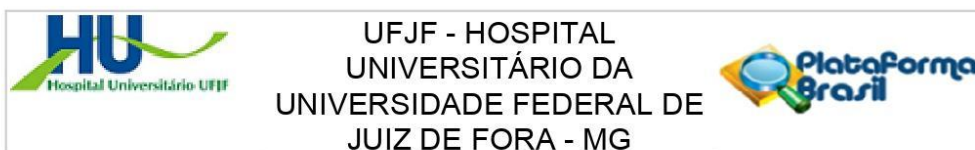
Objetivo Secundário:

da pesquisa de tese: (i) avaliar qual a compreensão que os assistentes sociais possuem acerca do Projeto Ético-Político; ii) avaliar as possibilidades e as condições de construção de um trabalho crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político face aos condicionantes internos e externos da profissão e (iii) identificar, no trabalho profissional dos assistentes sociais inseridos em hospitais de alta complexidade, as estratégias que os profissionais utilizam com vistas a realizar um trabalho competente, qualificado e coadunado aos princípios do projeto considerado hegemônico na categoria profissional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n	CEP: 36.036-110
Bairro: Santa Catarina	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217	E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.215.326

Essa pesquisa tem como risco a perda dos dados coletados, porém cabe ressaltar que os dados coletados serão armazenados em "nuvem" o qual somente o pesquisador responsável e os demais membros do projeto terão acesso; Há também a possibilidade do entrevistado sentir algum desconforto na condução das entrevistas, e/ou manifestar o desejo encerrar a entrevista antes de seu término.

Benefícios:

A pesquisa em questão busca refletir sobre o trabalho dos assistentes sociais no espaço sócio ocupacional de hospitais de alta complexidade, investindo em identificar estratégias para o enfrentamento dos limites postos ao trabalho profissional e assim potencializar a construção de estratégias nesses espaços sócio ocupacionais, contribuindo amplamente para a categoria profissional que exerce a profissão nesses espaços e não somente neles, visto que os assistentes sociais tem uma formação generalista, atuando assim em diversos outros espaços da política pública de saúde.

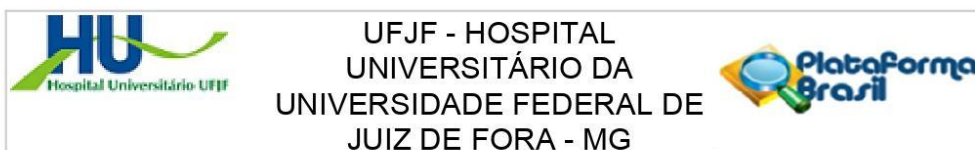
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
Bairro: Santa Catarina
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217 **CEP:** 36.036-110
E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.215.326

delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Recomendações:

Apresentar a folha de rosto assinada antes da apresentação do relatório final de pesquisa. Recomenda-se apresentar a declaração de infraestrutura assinada pelo responsável da instituição onde o projeto será realizado, uma vez que em geral os setores do HU-UFJF já retornaram com suas atividades presenciais e que deixar para mais adiante poderá resultar em pendência ao projeto uma vez não apresentado o documento assinado assim que cessar o período pandêmico.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1865679.pdf	17/12/2021 11:48:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	RoteiroProjetoIngridcerto.docx	17/12/2021 11:48:33	INGRID ADAME MOREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaraçãodeInfraestruturadeconcordância.doc	17/12/2021 11:46:43	INGRID ADAME MOREIRA	Aceito
Outros	RoteiroQuestionarioouentrevista.docx	17/12/2021 11:43:54	INGRID ADAME MOREIRA	Aceito
Orçamento	orcamentoingrid.pdf	17/12/2021 11:42:38	INGRID ADAME MOREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	17/12/2021 11:40:57	INGRID ADAME MOREIRA	Aceito
Outros	termodeconfidencialidadeesigiloingrid.pdf	14/12/2021 15:10:14	INGRID ADAME MOREIRA	Aceito
Outros	CurriculoLuciana.pdf	14/12/2021 15:09:56	INGRID ADAME MOREIRA	Aceito
Outros	CurriculoIngrid.pdf	14/12/2021 15:09:32	INGRID ADAME MOREIRA	Aceito

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n

Bairro: Santa Catarina

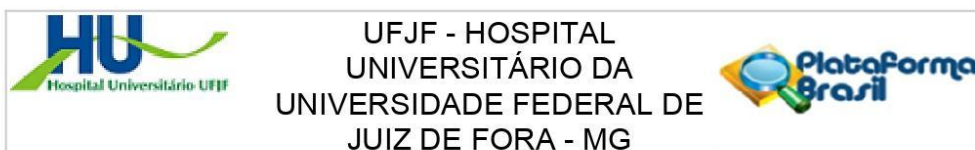
CEP: 36.036-110

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)4009-5217

E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.215.326

Declaração de concordância	declaracaodecomprometimentoingrid.pdf	14/12/2021 15:08:18	INGRID ADAME MOREIRA	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	cartadeencaminhamentoingrid.pdf	14/12/2021 15:07:59	INGRID ADAME MOREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	14/12/2021 15:07:27	INGRID ADAME MOREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 28 de Janeiro de 2022

Assinado por:
João Beccon de Almeida Neto
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
Bairro: Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217 **E-mail:** cep.hu@ufjf.edu.br