

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

**Ana Maria Loures Lopes Calixto**

**Serviço Social e Saúde:** uma revisão de literatura para uma aproximação com a  
atenção hospitalar

Juiz de Fora  
2023

**Ana Maria Loures Lopes Calixto**

**Serviço Social e Saúde:** uma revisão de literatura para uma aproximação com a  
atenção hospitalar

Trabalho de Conclusão de Curso,  
apresentado à faculdade de Serviço  
Social da Universidade Federal de Juiz de  
Fora, como requisito parcial para a  
obtenção do título de bacharel em Serviço  
Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Joseane Barbosa de Lima

Juiz de Fora

2023

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

Calixto, Ana Maria Loures Lopes.

Serviço social e saúde : uma revisão de literatura / Ana Maria Loures Lopes Calixto. -- 2023.

47 p.

Orientadora: Joseane Barbosa Lima

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social, 2023.

1. Serviço social. 2. Saúde hospitalar. 3. Política de saúde. I. Lima, Joseane Barbosa , orient. II. Título.



**ANA MARIA LOURES CALIXTO**

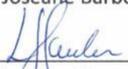
**Serviço social e Saúde: uma revisão de literatura para uma aproximação com a atenção hospitalar.**

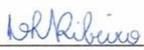
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Política de Ação do Serviço Social, como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social, na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Orientador(a): Joseane Barbosa de Lima

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 21 de dezembro de 2023 por banca composta pelos seguintes membros:

  
\_\_\_\_\_  
Profa Dra Joseane Barbosa de Lima – Orientadora

  
\_\_\_\_\_  
Profa Dra Luciana Gonçalves Pereira de Paula

  
\_\_\_\_\_  
Assistente Social Ms. Danielle Sachetto Ribeiro

Nota: 7,0

Juiz de Fora  
Dezembro/2023

## **AGRADECIMENTOS**

Chegou o final da jornada, ou melhor, de uma longa jornada... E, com ela, palavras de agradecimentos que tanto desejei expressar... Umas engasgadas, por não ter podido falar pessoalmente para meus pais, Maria Vera e José, e minha avó, Maria, pois já não se fazem mais presentes... E outras que escrevo e posso dizer pessoalmente... Sarah e Juan, meus filhos e Milton, meu esposo: obrigada pelo incentivo a retornar para a faculdade, pelo carinho e pela ajuda que me proporcionaram para conseguir chegar até aqui.

Um agradecimento emocionado a todos os professores que passaram pela minha vida, que não foram poucos, obrigada pelo conhecimento que dividiram comigo.

Um obrigado às minhas supervisoras de estágio Maria de Lourdes dos Reis, do Hospital de Pronto Socorro de Juiz de Fora, e Edlamar Fátima de Paiva Oliveira Jordão, do Hospital Universitário da Universidade de Juiz de Fora, que me mostraram o quão importante é o trabalho do Assistente Social.

À minha professora e orientadora Joseane Barbosa Lima, que com a maior paciência soube entender minhas limitações e deu contribuições valiosas para a realização deste TCC.

Agradecimento especial à minha colega de trabalho e amiga Mariana Benicá, e revisora desta monografia.

Agradeço também a todos que não mencionei aqui, mas que me trouxeram algum aprendizado e contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

E agradeço a Deus pelo dom da vida e pela oportunidade que tenho de vivenciar tudo que tenho vivido, por todo amor, fé e esperança.

“É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia a dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários” (IAMAMOTO, 1998, p. 17).

## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como centralidade um enfoque crítico dialético, buscando analisar a importância da profissão de Serviço Social na Saúde. Pretende-se dar ênfase a essa profissão entendendo quais são as possibilidades dos assistentes sociais nesse campo da atenção hospitalar. Como metodologia, utilizou-se um levantamento bibliográfico em artigos, livros, teses, dissertações etc. além de um levantamento documental em leis, políticas, estatutos, entre outros, tanto na forma impressa como via internet. É importante salientar que o trabalho está estruturado da seguinte forma: inicia com um breve histórico do Serviço Social no mundo, no Brasil e na área da Saúde; num segundo momento, aborda a História da Política de Saúde no Brasil e a consolidação da atenção terciária, apresenta um breve contexto histórico da saúde no Brasil, o movimento da reforma sanitária e a consolidação do SUS, e, por fim, a organização do SUS em níveis de atenção: a atenção hospitalar.

Palavras-chave: serviço social; saúde hospitalar; política de saúde.

## **RESUMEM**

Este Trabajo de Finalización de Curso (TCC) tiene como eje central un enfoque dialéctico crítico, buscando analizar la importancia de la profesión de Trabajo Social en Salud, se pretende enfatizar esta profesión, entendiendo las posibilidades de los trabajadores sociales en este campo de la atención hospital. Como metodología se utilizó un levantamiento bibliográfico de artículos, libros, tesis, disertaciones, etc. además de un relevamiento documental de leyes, políticas, estatutos, entre otros, tanto en forma impresa como vía internet. Es importante resaltar que el trabajo se estructura de la siguiente manera: se inicia con una breve historia del Trabajo Social en el mundo, en Brasil y en el área de la Salud; en segundo lugar, aborda la Historia de la Política de Salud en Brasil y la consolidación de la atención terciaria, presenta un breve contexto histórico de la salud en Brasil, el movimiento de reforma sanitaria y la consolidación del SUS y, finalmente, la organización del SUS en niveles. de atención: atención hospitalaria.

Palabras clave: servicio social; salud hospitalaria; política sanitaria.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 O SERVIÇO SOCIAL NO MUNDO .....</b>	<b>10</b>
2.1 O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL .....	11
2.2 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE .....	19
<b>3 HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO TERCIÁRIA .....</b>	<b>28</b>
3.1 BREVE CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL .....	28
3.2 O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA E A CONSOLIDAÇÃO DO SUS .	33
3.3 ORGANIZAÇÃO DO SUS EM NÍVEIS DE ATENÇÃO: A ATENÇÃO HOSPITALAR .....	36
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>44</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objeto de estudo a aproximação com a atenção hospitalar, entendendo este como espaço sócio ocupacional do Assistente Social. Parte-se do pressuposto de que o Serviço Social é uma profissão que atua nas manifestações da questão social e nas relações destas com as transformações da sociedade.

De acordo com Castro (2009), o assistente social, enquanto profissional da saúde, contribui para a articulação do sistema de saúde com as políticas sociais de necessidades de vida da população. Tal articulação expressa a relação entre as condições de vida das pessoas e o processo saúde/doença, sendo o Assistente Social o profissional que vai atuar de modo essencialmente político, com vistas a atender as necessidades dos usuários.

Ressalta-se que o assistente social integra a equipe de atendimento aos usuários nos diversos serviços de saúde, podendo realizar atendimentos individuais ou em grupos, ou ainda participar de equipes com outros profissionais. Leva em conta todo o cuidado com a saúde, visando a realidade da população e observando as determinações sociais do processo saúde doença.

Conforme o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), o Brasil possui mais de 200 mil profissionais assistentes sociais, sendo a grande maioria (90%) composta por mulheres, em toda a sua diversidade. São milhares de pessoas atuando nas mais diversas políticas sociais, como: saúde, educação, assistência social, previdência social, habitação, sociojurídico, defensorias públicas, sistema penitenciário e no atendimento direto à população. Nesses espaços, o assistente social orienta os usuários em relação ao acesso a direitos, serviços, benefícios e programas.

O Serviço Social, segundo Marlene Teixeira, da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), ocupa um espaço na área da saúde de modo relevante, de maneira que o assistente social foi reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 1997, como profissional de saúde (Resolução CNS nº 218, de 6 de março de 1997). A Resolução do CFESS de nº 383/1999 também atesta e valida essa afirmativa.

A motivação para o estudo dessa temática surgiu em razão da experiência do estágio em Serviço Social realizado por esta autora em hospitais na cidade de Juiz

de Fora/MG, sendo o estágio I e II no Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira (HPS), que é um hospital de pronto atendimento, e o estágio III no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora/MG (HU/UFJF/EBSERH), que recebe pacientes transferidos de outros locais.

Nessa experiência de estágio foi possível perceber a importância do profissional do Serviço Social no contexto hospitalar. Segundo afirmação de Silva e Kruger (2019, p. 1), “o Serviço Social brasileiro integra o rol das profissões em saúde, tanto no plano legal como através da legitimação social, a partir do conceito ampliado de saúde”. E ter saúde não é simplesmente não estar doente, visto que o conceito vai além disso, trata-se de um bem-estar social, de ter direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, vestimenta, educação, meio ambiente não agressivo e muito mais (AROUCA, 1987 apud SILVA; KRUGER, 2019).

Essa temática explana, inicialmente, sobre a saúde no Brasil que, como ressalta a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Bravo (2013) salienta que “A saúde passa a ser considerada um meio e um fim para o desenvolvimento e o bem-estar. Este novo conceito impulsionou a sistematização das atividades profissionais pertencentes aos ramos das disciplinas sociais e psicológicas” (BRAVO, 2013, p. 67).

Este estudo tem relevância acadêmica, profissional e social, principalmente para aqueles que atuam ou que são atendidos no contexto dos hospitais, considerando-se ainda o trabalho dos assistentes sociais que faz parte da Lei nº 8.662, de 1993, que dispõe sobre a profissão de assistente social dando todas as providências. Portanto, considera-se sua relevância na área acadêmica.

Considera-se que é direito de todas as pessoas o acesso aos serviços sociais de saúde, não importando a etnia, classe social, identidade de gênero, bens que possui e outros. Nos hospitais, que fazem parte de um sistema organizado de saúde, também estão as políticas públicas que vão proporcionar serviços essenciais, promovendo, protegendo e recuperando a saúde do cidadão.

Como metodologia, foi realizado um levantamento bibliográfico em artigos, livros, teses, dissertações etc. Também foi realizado um levantamento documental em leis, políticas, estatutos, entre outros, tanto em arquivos impressos como on-line.

Com este estudo, pretende-se contribuir para dar visibilidade à importância da profissão do Assistente Social na atenção hospitalar, pois este profissional contribui para a ampliação no atendimento ao usuário e à sua família, para a democratização das informações e, portanto, para a ampliação do acesso da população usuária do SUS a diversos direitos sociais.

## 2 O SERVIÇO SOCIAL NO MUNDO

O Serviço Social, segundo lamamoto (2000, p. 27), “é uma profissão que se particulariza na divisão social e técnica do trabalho pelo seu trato com a questão social, expressão da desigualdade do modo de acumulação capitalista”. Matos (2013, p. 55) endossa que a questão social é a junção das expressões das desigualdades da sociedade capitalista, e que possui uma origem comum, isto é, “a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

Bravo (2013) observa que a assistência, do modo tradicional, no final do século XIX, na Inglaterra, foi se tornando insuficiente para controlar os “problemas sociais”. O crescimento da assistência e do número de pessoas que se tornavam visitadoras sociais, remuneradas e voluntárias, levou ao surgimento da preparação de profissionais para esse atendimento. Assim, o Serviço Social surge como prática profissional no final do século XIX e início do século XX, quando foi consolidada a hegemonia do capitalismo, a nível mundial. E surge como sendo um dos

mecanismos institucionais mobilizados pelos representantes do capital, para atuar na reprodução da totalidade do processo social, no sentido de contribuir para encobrir, atenuar ou controlar os efeitos das contradições criadas, reforçando os mecanismos de dominação (Bravo, 2013, p. 22).

Na visão de lamamoto e Carvalho (2006),

O Serviço Social se gesta e se desenvolve como profissão reconhecida na divisão do trabalho, tendo por pano de fundo o desenvolvimento capitalista industrial e a expansão urbana, processos esses aqui apreendidos sob o ângulo das novas classes sociais emergentes – a constituição e expansão do proletariado e da burguesia industrial – e das modificações verificadas na composição dos grupos e frações de classes que compartilham o poder do Estado em conjunturas históricas específicas (lamamoto; Carvalho, 2006, p. 77).

Complementam os autores que nesse contexto se acirraram as expressões sociais, tornando-se a base da justificação para esse tipo de profissional especializado. Entende-se, então, a questão social como a formação e o desenvolvimento da classe operária e seu ingresso no cenário político da sociedade,

que exigiam seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado (Iamamoto; Carvalho, 2006).

O Serviço Social, conforme Iamamoto (2000), tem na questão social o embasamento para ser uma especialização do trabalho. O Assistente Social atua com a questão social e suas diversas expressões do dia a dia, tanto no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, assistência social, pública etc.

## 2.1 O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

No Brasil, o Serviço Social, em suas origens, era vinculado de maneira bastante estreita às iniciativas da Igreja, estrategicamente para qualificar o laicato, principalmente as mulheres e as pessoas mais abastadas da sociedade. Visavam a dinamização da missão política de apostolado social junto às classes subalternas, especialmente às famílias operárias. As origens confessionais, ligadas aos movimentos de Ação Social e Ação Católica, produziam uma legitimidade à profissão, configurando um caráter missionário à atividade profissional. “O Assistente Social passa a receber um mandato diretamente das classes dominantes para atuar junto à classe trabalhadora” (Iamamoto; Carvalho, 2006, p. 83). Yazbek (2023b) acrescenta que a institucionalização do Serviço Social no Brasil e, de modo geral, nos países industrializados ocorre associada à progressiva intervenção do Estado nos processos de regulação social.

As particularidades desse processo no Brasil evidenciam que o Serviço Social se institucionaliza e legitima profissionalmente como um dos recursos mobilizados pelo Estado e pelo empresariado, com o suporte da Igreja Católica, na perspectiva do enfrentamento e regulação da Questão Social, a partir dos anos 30, quando a intensidade e extensão das suas manifestações no cotidiano da vida social adquirem expressão política. A Questão Social em suas variadas expressões, em especial, quando se manifesta nas condições objetivas de vida dos segmentos mais empobrecidos da população, é, portanto, a “matéria-prima” e a justificativa da constituição do espaço do Serviço Social na divisão sociotécnica do trabalho e na construção/atribuição da identidade da profissão (Yazbek, 2023b, p. 6).

A referida autora adita que o Estado, na década de 1930, “assume a regulação das tensões entre as classes sociais mediante um conjunto de iniciativas: a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o salário-mínimo e outras medidas de

cunho controlador, assistencial e paternalista”. Houve o reconhecimento da legitimidade da questão social dentro das relações capital e trabalho e o governo Vargas “buscou enquadrá-la juridicamente, visando à desmobilização da classe operária e a regulação das tensões entre as classes sociais” (Yazbek, 2023b, p. 6).

Ressalta Yazbek (2023b) que o entendimento teórico/metodológico da realidade que surgiu no acervo intelectual constituído pelas principais matrizes do pensamento social e de suas expressões nos diferentes campos do conhecimento humano foi um processo construído na interlocução com o próprio movimento da sociedade. Assim, a profissão incorporou, segundo a autora: – ideias e conteúdos doutrinários do pensamento social da Igreja Católica, em seu processo de institucionalização no Brasil, sendo “por demais conhecidas a relação entre a profissão e o ideário católico na gênese do Serviço Social brasileiro, no contexto de expansão e secularização do mundo capitalista”; e – as principais matrizes teórico-metodológicas acerca do conhecimento do social na sociedade burguesa (Yazbek, 2023a).

É nessa relação com a Igreja Católica que o Serviço Social fundamenta e formula seus primeiros objetivos político-sociais, mantendo a posição de natureza humanista conservadora contrária aos ideários liberais e marxistas na busca de recuperação da hegemonia do pensamento social da Igreja em face da questão social. O conservadorismo católico que distinguiu o princípio do Serviço Social brasileiro começa, a partir dos anos 1940, um avanço técnico ao entrar em contato com o Serviço Social norte-americano e suas propostas de trabalho permeadas pelo caráter conservador da teoria social positivista (Yazbek, 2023b).

Um primeiro suporte teórico-metodológico foi importante para a qualificação técnica de sua prática e para a sua modernização, sendo buscado “na matriz positivista e em sua apreensão manipuladora, instrumental e imediata do ser social”. É um horizonte que trata das relações sociais dos indivíduos dentro de suas vivências imediatas, dos fatos e dados que surgem na imediatez. “O método positivista trabalha com as relações aparentes dos fatos, evolui dentro do já contido e busca a regularidade, as abstrações e as relações invariáveis” (Yazbek, 2023a, p. 6).

Os assistentes sociais, no Brasil, até os anos 1940, necessitavam de instrumentais técnicos específicos do Serviço Social para realizarem as atividades profissionais. Desse modo, foi concedido a alguns profissionais bolsas de estudo

para buscarem especialização em universidades norte-americanas com vistas a trazerem para o Brasil os procedimentos e instrumentais que estavam sendo utilizados pelo Serviço Social: de casos, de grupo e a organização de comunidade (Reisdörfer, 2013). Segundo a autora, pode-se dizer que o Serviço Social sofreu maior influência da doutrina católica do que por ideias e pensamentos positivistas.

O Serviço Social assumiu posições que a Igreja Católica também defendia, por exemplo, a melhoria das condições de trabalho do proletariado, defesa da instituição familiar, favorecimento da organização sindical, levando a uma diferenciação do positivismo; e, quando o Serviço Social surgiu, de fato, o positivismo já não tinha mais tanta expressão (Yazbek, 2023a).

O Serviço Social e a Igreja têm, portanto, pontos em comum, na medida em que lutam e defendem condições dignas de trabalho à classe proletária. Outro aspecto importante é que consideram a família como instituição sólida para a sociedade. Se surgissem problemas no núcleo familiar, seria necessária a luta do Serviço Social e da Igreja no sentido de fazer com que o Estado assuma seu papel na promoção do bem-estar da população (Reisdörfer, 2013, p. 8).

Relevante salientar que “a postura dos assistentes sociais e a profissão do Serviço Social sofreram todas essas influências teóricas e filosóficas logo no início de sua trajetória e isso contribuiu significativamente para a compreensão da caminhada histórica da profissão” (Reisdörfer, 2013, p. 8).

Surge então, dentro das inquietações e dos questionamentos do Serviço Social tradicional, um movimento amplo em diferentes níveis, ou seja, teórico, metodológico, operativo e político. Trata-se do Movimento de Reconceituação que surgia no Serviço Social na sociedade latino-americana, impondo aos assistentes sociais “a necessidade de construção de um novo projeto comprometido com as demandas das classes subalternas, particularmente expressas em suas mobilizações”. Esse movimento de questionamento à profissão “vai configurar para o Serviço Social latino-americano a apropriação de outra matriz teórica: a teoria social de Marx”. Essa vertente marxista remete a profissão à consciência de sua inserção na sociedade de classes e, no Brasil, vai configurar-se, em um primeiro momento, como uma aproximação ao marxismo sem o recurso ao pensamento de Marx (Yazbek, 2023a, p. 8).

Reisdörfer (2013, p. 32) acrescenta que “o pensamento marxista surge na profissão como uma forma de instigar um posicionamento crítico dos profissionais

diante das desigualdades sociais, mas esbarra na realidade da sociedade burguesa, em que prevalece a prática da benesse e do assistencialismo”. A autora reitera que existia a preocupação dos assistentes sociais em valorizar o Serviço Social e demonstravam isso com a constante luta dos profissionais em busca da construção de uma definição mais clara e objetiva da natureza da profissão.

Até a década de 1960, a base teórica do Serviço Social derivava de um campo conservador que era aceito em sua prática pela própria profissão. “Com a ascensão do capitalismo e momentos históricos de reflexão, o Serviço Social passa a repensar sua prática profissional”, surgindo o Movimento de Reconceituação, colocado como um marco no cenário dessas transformações (Reisdörfer, 2013, p. 27).

A Reconceituação, segundo Netto (2005), mesmo contida e pressionada, limitada dentro de uma década, marcou indelevelmente o Serviço Social latino-americano. Algumas conquistas foram integradas na dinâmica profissional dos países:

- a articulação de uma nova concepção da unidade latino-americana – com a Reconceituação, houve intercâmbio e interação de profissionais diferenciados;
- a explicitação da dimensão política da ação profissional – a Reconceituação trouxe à luz do dia a dimensão política que é constitutiva de qualquer intervenção social;
- a interlocução crítica com as ciências sociais – a Reconceituação incorporando a crítica do tradicionalismo lançou bases para uma nova interlocução do Serviço Social com as ciências sociais, abrindo-se a novidades e tendências diversas;
- a inauguração do pluralismo profissional – a Reconceituação concedeu carta de cidadania a diferentes concepções sobre a natureza do objeto, das funções, dos objetivos e das práticas do Serviço Social, inclusive como resultado do recurso a diversificadas matrizes teórico-metodológicas (Netto, 2005, p. 5).

A Reconceituação teve como principal conquista a recusa do profissional de Serviço Social de se situar como um agente técnico puramente executivo, como um executor terminal de políticas sociais. Reivindicou ao profissional atividades de planejamento, valorizando nas funções profissionais o estatuto intelectual do assistente social. A Reconceituação veio para assentar as bases da requalificação

profissional e rechaçar a subalternidade expressa até então (Netto, 2005). De acordo com Viana, Carneiro e Gonçalves (2015),

O Movimento de Reconceituação é marco do Serviço Social que vem propor a ruptura das práticas tradicionais, é através deste movimento que surge um perfil profissional mais crítico, capaz de atuar nos desafios postos à profissão [...] é um importante momento do Serviço Social, pois é partir daí que surge uma outra visão acerca da prática profissional, voltada a uma análise crítica da realidade social, buscando assim um melhor desempenho no agir profissional ao atender as demandas da questão social, pautado em bases teórico-metodológicas que buscam superar as práticas tradicionais do Serviço Social (Viana; Carneiro; Gonçalves, 2015, p. 1).

Esse movimento procura promover a reflexão do Serviço Social enquanto profissão, caracterizando-se como um movimento específico dos países latino-americanos e que traz contribuições significativas para as áreas epistemológicas e metodológicas do Serviço Social. A Reconceituação veio para discutir o que vinha sendo realizado na perspectiva do Serviço Social de casos, o Serviço Social de grupo e o desenvolvimento de comunidade. Tais discussões ocorreram em tempos de muitas transformações nas áreas econômicas, política, social, religiosa e outras (Reisdörfer, 2013).

No Brasil, o processo de repensar a profissão ficou conhecido nos termos de Netto (2005) como a Renovação do Serviço Social brasileiro. O movimento de Renovação do Serviço Social no Brasil alcança um destaque, segundo Reisdörfer (2013), pois, a partir daí, a profissão assume uma nova concepção, voltada à dimensão técnico-científica da sua atuação na busca de valorização e reconhecimento. Netto (2005) aponta três perspectivas neste processo de renovação do Serviço Social: perspectiva modernizadora, perspectiva de reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura com o conservadorismo.

A *perspectiva modernizadora* começa a ganhar força durante a crise do tradicionalismo da profissão. Conforme Netto (2005), essa perspectiva teve como plano principal adequar o Serviço Social às demandas compreendidas no processo sociopolítico oriundo do golpe militar.

Conforme Netto (2005, p. 190), “a maturação do processo de renovação do Serviço Social, no marco da perspectiva modernizadora, alcança nestas formulações o seu ponto mais alto”. Refere-se o autor a um avanço diante dos resultados obtidos pelo Documento de Araxá. Em relação a este documento,

explicam Oliveira e Chaves (2017) que, em 1967, realizou-se o Seminário de Araxá, primeiro de uma série, dentro do Movimento de Renovação e dentro da perspectiva modernizadora.

Os seminários foram promovidos pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbios de Serviços Sociais (CBCISS). O documento decorrente desse primeiro seminário pretendeu elaborar uma teoria do Serviço Social, ou seja, indicar seus objetivos, suas funções e a adequação da metodologia às funções. Entretanto, Netto (2005) sinaliza que os objetivos propostos nesse encontro de Araxá, relativos à teoria do Serviço Social, não foram plenamente alcançados. Em Teresópolis, no ano de 1970, realiza-se outro seminário, sendo que este veio consolidar mais as questões relacionadas ao eixo filosófico – neotomista e metodológico – positivista/funcionalista. Nesse sentido, aconteceu a integração da ação do Serviço Social no processo de desenvolvimento brasileiro, com uma proposta de operacionalização técnica a favor do modelo socioeconômico vigente no país.

Em resumo, “o eixo que atravessa o Seminário de Araxá é o transformismo, a conservação do Serviço Social tradicional sobre novas bases. Já no Documento de Teresópolis, o ‘moderno’ se sobrepõe ao ‘tradicional’, cristalizando-se operativa e instrumentalmente” (Viana; Carneiro; Gonçalves, 2015, p. 5).

Netto (2005) ressalta que, se em Araxá ficou marcado o aspecto sociotécnico, em Teresópolis se fundamenta a operacionalidade de Serviço Social, agora relacionado à administração tecno burocrática. E conclui: “O escopo do documento, todo ele, vai na direção desse ‘rompimento’, entendido aí como a ruptura com a exclusividade do tradicionalismo; realmente, *não há rompimento*: há a captura do ‘tradicional’ sobre novas bases” (Netto, 2005, p. 168).

De acordo com Viana, Carneiro e Gonçalves (2015), essa perspectiva encontra seu término nos seminários de Sumaré e Alto da Boa Vista, emergindo destes novas questões da relação do Serviço Social com a cientificidade: a fenomenologia e a dialética. Netto (2005, p. 195) sinaliza que “a documentação do Sumaré e do Alto da Boa Vista está para o deslocamento da perspectiva modernizadora assim como estão, para o seu momento ascendente, os documentos de Araxá e Teresópolis”.

A segunda perspectiva é a *reatualização do conservadorismo*, e trata-se, segundo Netto (2005),

de uma vertente que recupera os componentes mais estratificados da herança histórica e conservadora da profissão, nos domínios da (auto)representação e da prática, e os repõe sobre uma base teórico-metodológica que se reclama nova, repudiando, simultaneamente, os padrões mais nitidamente vinculados à tradição positivista e às referências conectadas ao pensamento crítico dialético, de raiz marxiana (Netto, 2005, p. 157).

Essa perspectiva, conforme Netto (2005), vem se manifestando no interior da complexa dialética de ruptura e continuidade com o passado profissional, sem prejuízo dos elementos renovadores que apresenta. Acrescenta o autor que “aí, exatamente o seu carácter renovador em confronto com o passado: o que se opera é uma reatualização dele com um consciente esforço para fundá-lo em matrizes intelectuais mais sofisticadas” (Netto, 2005, p. 157).

Nos anos 1970, essa profissão passa a sofrer polêmicas, e no contexto dessa vertente de reatualização do conservadorismo, o Código de Ética Profissional do(a) Assistente Social de 1975 (CFESS, 2016) referenda essas perspectivas, bem como a formação e a prática profissionais.

Caracteriza-se, ainda, por conteúdo insuficiente no que se refere às questões fundamentais da profissão. Reconhece ainda o Estado como gestor do bem comum, numa perspectiva neotomista e acrítica. Como decorrente dos elementos pontuados no Código, o Serviço Social assume a prática dentro de uma perspectiva de transformação e participação social. Esses princípios, entretanto, apenas reproduzem a ordem estabelecida, uma vez que não enfatizam a capacidade crítica e transformadora do homem como ser histórico (Oliveira; Chaves, 2017, p. 152).

Netto (2005) ainda ressalta a *intenção de ruptura* como a terceira vertente dentro do movimento de renovação do Serviço Social no Brasil; “é a perspectiva que se propõe como intenção de ruptura com o Serviço Social ‘tradicional’. Diferente das anteriores, esta possui como substrato nuclear uma crítica sistemática ao desempenho ‘tradicional’ e aos seus suportes teóricos, metodológicos e ideológicos” (Netto, 2005, p. 159).

Segundo Reisdörfer (2013), ampliaram-se as escolas de Serviço Social pelo país, abrindo-se a reflexões teórico-metodológicas da profissão, assim como direcionando para novos avanços e perspectivas na construção de um Serviço Social mais moderno vinculado ao processo histórico, social e cultural do país. Apesar de trazer consequências ao mundo educacional, intelectual e cultural do

país, o regime militar e ditatorial possibilitou a reflexão crítica acerca das questões que se apresentavam na sociedade.

A perspectiva de intenção de ruptura almejava romper totalmente com o Serviço Social tradicional, propondo uma quebra, tanto com seus procedimentos metodológicos, ideológicos e teóricos, com o seu conservadorismo, como com a tradição positivista. Tal perspectiva recorre principalmente ao pensamento marxista, que era tida de forma progressiva na sociedade. “Esta era uma decorrência do seu projeto de romper substantivamente com o tradicionalismo e suas implicações teórico-metodológicas e prático-profissionais” (Netto, 2005, p. 250).

Conforme lamamoto (2000), a década de 1980 foi extremamente fértil na definição de rumos técnico, acadêmicos e políticos para o Serviço Social.

Hoje existe um projeto profissional, que aglutina segmentos significativos de assistentes sociais no país, amplamente discutido e coletivamente construído ao longo das duas últimas décadas. As diretrizes norteadoras desse projeto se desdobraram no Código de Ética Profissional do Assistente Social, de 1993, na Lei da Regulamentação da Profissão de Serviço Social e, hoje, na nova Proposta de Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social (lamamoto, 2000, p. 49).

Conforme a autora, ao longo dos tempos, o Serviço Social deu um salto de qualidade em sua autoqualificação na sociedade, adquirindo visibilidade pública por meio do Novo Código de Ética do Assistente Social, das revisões da legislação profissional e das profundas alterações verificadas no ensino universitário na área. Houve também um aumento de publicações e produções acadêmicas, fazendo com que os assistentes sociais ingressassem nos anos 1990 como uma categoria pesquisadora (lamamoto, 2000).

O exercício da profissão de Serviço Social está disciplinado pela Lei nº 8662 de 07 de junho de 1993 e acrescenta lamamoto (2000, p. 20) que “o Assistente Social tem sido historicamente um dos agentes profissionais que implementam políticas sociais, especialmente políticas públicas”. É uma ação de um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais. Requer, pois, ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional (lamamoto, 2000, p. 21).

Castro (2009) acrescenta que realmente o Serviço Social atua sobre as manifestações da questão social, sendo que possui íntima relação com as transformações que a sociedade passa, atuando, principalmente, com ações de cunho emergencial, de educação e de informação em saúde, de planejamento e assessoria, e de mobilização de comunidade.

Mais especificamente, com relação à área da saúde, o Serviço Social, embasado pelas expressões da questão social, entra em espaços que vão desde a atenção básica até os serviços de média e alta complexidade. O atendimento direto ao usuário se dá nesses espaços, são postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades e hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independentemente da instância a qual é vinculada, seja federal, estadual ou municipal (CFESS, 2009).

## 2.2 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

A intervenção estatal na área da saúde ocorreu no Brasil no século XX, mais precisamente a partir da década de 1930, sendo que, no início desse século, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que foram aprofundadas a partir dos anos 1930. A saúde como questão social emergiu durante a economia capitalista exportadora cafeeira e refletiu um avanço da divisão do trabalho. “A conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às expressões da questão social de forma orgânica e sistemática” (Bravo, 2001, p. 3).

Diversas alternativas foram adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940. Braga e Paula (1986) *apud* Bravo (2001) citam algumas:

Ênfase nas campanhas sanitárias; Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão de obra para as cidades; Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller, de origem norte-americana); Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública (Braga; Paulo, 1986 *apud* Bravo, 2001, p. 4).

No que concerne a profissão de Serviço Social, segundo Matos (2013), muitos ganhos foram conquistados por pioneiros dessa profissão nos anos 1940 e 1950, como a regulamentação profissional e autonomia no seu exercício; a constituição de entidades representativas; a organização de congressos nacionais da profissão. Algumas intervenções foram criadas, com determinadas metodologias próprias para cada processo. Nessa época, surgiu o chamado Serviço Social Médico.

Historicamente, o Serviço Social desempenhou um papel na área da saúde com uma abordagem conservadora e moralizante. Nessa direção, a inserção do Serviço Social nos serviços de saúde veio através da busca de construção do exercício profissional partindo do modelo médico clínico. O assistente social foi identificado como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho médico, havendo, portanto, uma relação de complementaridade, sendo o médico o gestor. Nessa época, foi bastante usada a categoria de paramédicos, visando definir os outros profissionais não médicos, mas que atuavam também na saúde.

Segundo Bravo (2013, p. 156), o trabalho dos assistentes sociais na área da saúde no Serviço Social Médico era, a princípio, ligado à puericultura e à profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias. Os assistentes sociais exerciam as funções de: triagem socioeconômica, elaboração de fichas informativas sobre o cliente para auxiliar o médico, distribuição de auxílios financeiros para possibilitar a ida do cliente à instituição médica, conciliação do tratamento com os deveres profissionais do “cliente” mediante entendimentos com o empregador, cuidado com relação aos fatores emocionais e psicológicos do tratamento, adequação do “cliente” à instituição com a obtenção de sua confiança.

Realça a autora que o Serviço Social na saúde tinha em seu discurso e prática a ação educativa e depois a tecnificação da assistência. A educação do povo, a instrução da família e a fiscalização sanitária eram considerados fundamentais, visto que eram pautados na noção do proletariado que tinha um baixo nível cultural, agravado pela dificuldade financeira. No trato com a saúde, os assistentes sociais precisam se inteirar da situação social dos pacientes para avisar ao médico. Tratavam-se os problemas de modo individualizado, visando a reintegração da pessoa.

No período de 1945 a 1964, o Serviço Social ampliou seu campo de atuação profissional, visto as mudanças ocorridas no panorama internacional devido ao término da Segunda Guerra Mundial. Os assistentes sociais começaram a ser recrutados nos setores médicos, diferente da origem social, sofisticando seus conhecimentos e técnicas da profissão. O Serviço Social na área da saúde concentrava-se nos hospitais de clínicas, dispensários de tuberculose, departamentos de saúde dos estados, hospitais e clínicas particulares e na atuação médica da previdência social (Bravo, 2013).

O Serviço Social na Saúde, segundo Bravo (2013), teve sua ação profissional sedimentada nesse período, que se caracterizou por ações burocráticas, educativas, práticas de pesquisa e classificação socioeconômica.

De acordo com Capitinga (2020), o Serviço Social brasileiro, em face desse contexto sócio-histórico, no âmbito profissional, vivenciava o processo de revisão e crítica do Serviço Social. Assim, com foco na recusa ao conservadorismo e percebendo a necessidade de redefinição das bases de legitimação da profissão e de seus aspectos teóricos, políticos e interventivos, redefiniu um novo projeto profissional e ganhou expressividade a partir dos anos de 1980, sendo, portanto, um

momento de forte efervescência de movimentos sociais, com destaque ao movimento sindical, que agregando diversas frações da classe trabalhadora incluindo uma ala progressista dos assistentes sociais, propiciou que estes se reconhecessem enquanto classe, integrando movimentos na luta contra a ditadura e também pela ampliação dos direitos sociais, civis e políticos no contexto da recessividade econômica e social mediante o “fim do milagre econômico (Capitinga, 2020, p. 81).

Conforme Capitinga (2020, p. 81), “é na perspectiva de intenção de ruptura, mediante os aportes da tradição marxista e na articulação com os movimentos sociais no contexto da redemocratização brasileira” que se têm as bases para a consolidação do atual Projeto Ético-político Profissional (PEP). Continua o autor salientando que, mesmo se tratando de projetos de natureza distintas, isto é, o Movimento de Reforma Sanitária e Projeto Ético-político profissional do Serviço Social, pode-se afirmar que estes compartilham do mesmo espaço sócio-histórico e têm na democracia e na articulação com os movimentos sociais o fio condutor para o seu desenvolvimento, tendo por aportes, em suas origens, a teoria social crítica.

Afirma Netto (2009) *apud* Capitinga (2020, p. 83) que, devido à inserção dos setores progressistas do Serviço Social na luta pela democracia da sociedade brasileira, surgiram condições para o rompimento do monopólio conservador da profissão, sendo nessa direção democrática, popular e anticapitalista, que se consolidou uma nova perspectiva para o Serviço Social, demarcando sua respectiva hegemonia no âmbito da formação e do exercício profissional.

Conforme Matos (2013), na atualidade, o Serviço Social brasileiro comemora os seus mais de trinta anos de “virada” contra o conservadorismo profissional, visto que muitos avanços foram conquistados.

O profissional do Serviço Social, segundo Duarte (2010, p. 133), exerce seu trabalho “à luz da lei de regulamentação da profissão de nº 8662, da resolução do CFESS nº 273/1993 que institui o Código de Ética Profissional e das Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996”.

O CFESS (2010, p. 30) considera que o “Código de Ética da profissão apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social”.

Existem também legislações que sustentam a profissão na área da Saúde. O Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, levando em conta as conquistas após a Oitava Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986 e reconhecendo a relevância do trabalho interdisciplinar na área da saúde, “reconhece o assistente social como um dos profissionais de saúde”.

Concordam e reafirmam Leal e Castro (2017) que uma das grandes frentes de trabalho do assistente social é a área da saúde. Tanto em 1997, através da Resolução nº 218 do Conselho Nacional de Saúde e nº 383/1999, como na Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), houve o reconhecimento dos assistentes sociais como profissionais de saúde (Silva; Kruger, 2019).

Entretanto, a resolução do CFESS nº 383 de 29 de março de 1999 considera que o Serviço Social não é exclusivo da saúde e “qualifica o profissional a atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive a saúde”.

O documento “Parâmetros para a Atuação de Assistente Social na Saúde” foi elaborado pelo CFESS em março de 2009, tendo como objetivo referenciar a

intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde, mas “[...] não se pretendeu abordar todas as atribuições e competências, pois considera-se que estas estão em permanente construção, sendo um desafio aos assistentes sociais que atuam na saúde” (CFESS, 2009, p. 37).

Esse documento foi produzido pelo Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”, do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). O documento foi estruturado em quatro itens, sendo o primeiro sobre a “Saúde, Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde e desafios atuais”. O segundo item trata da discussão teórica e política presente no “Serviço Social na Saúde”; e o terceiro trata da “Atuação do Assistente Social na Saúde”, caracterizando, inicialmente, as atribuições e competências gerais do assistente social e, em um segundo momento, discutindo a intervenção do profissional na saúde a partir de seis eixos de ação, a saber: ações assistenciais; ações em equipe; ações socioeducativas; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão; ações de assessoria, qualificação e formação profissional. Por fim, o texto aponta para “Algumas Reflexões”, fruto da elaboração realizada.

O referido documento pretende atender a uma histórica questão dos assistentes sociais sobre quais orientações profissionais eles devem dar às demandas identificadas no dia a dia do seu trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços, ora pelos empregadores desses profissionais no setor saúde.

Procura, nesse sentido, expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde, considerando a particularidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde bem como na atenção básica, na média e alta complexidade em saúde. Por outro lado, a opção em não estruturá-lo a partir dessas frentes de trabalho visa superar o registro de ações que são comuns as várias dessas frentes, e que tendem a se repetir quando a perspectiva é apontar as atribuições dos profissionais na saúde (CFESS, 2009, p. 5).

Baseado na Lei de Regulamentação da Profissão, as competências e atribuições dos assistentes sociais requisitam dos profissionais algumas competências gerais que são fundamentais à compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa sua intervenção. São elas:

apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade; análise do

movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais; compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; identificação das demandas presentes na sociedade, visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996 *apud* CFESS, 2009, p. 17).

Essas competências, segundo o CFESS (2009), vão permitir ao profissional fazer uma análise crítica da realidade e, partindo disso, estruturar seu trabalho estabelecendo as competências e atribuições específicas necessárias para enfrentar as situações e demandas sociais que surgirem no dia a dia.

As Competências do Assistente Social constantes na Lei de Regulamentação da Profissão, no Art. 4, são:

- Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- Encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- 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;
- Planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;
- Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- Prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta, indireta, empresas privadas e outras entidades;
- Prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- Planejamento, organização e administração de Serviço Social e de Unidade de Serviço Social;
- Realizar estudos socioeconômicos 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, 2009, p. 18).

O Art. 5 da mesma Lei de Regulamentação da Profissão apresenta como atribuições privativas do Assistente Social:

- Coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;

- Planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
- Assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades em matéria de Serviço Social;
- Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- Assumir, no magistério de Serviço Social tanto em nível de graduação quanto pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
- Treinamento com avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
- Dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;
- Dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço social;
- Elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos e outras formas de seleção para assistentes sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;
- Coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de serviço social;
- Fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;
- Dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
- Ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional (CFESS, 2009, p. 19).

O Código de Ética Profissional (1993) também apresenta ferramentas fundamentais para a atuação profissional dos Assistentes Sociais no cotidiano, ao colocar como princípios:

- Reconhecimento da liberdade como valor ético central;
- Defesa intransigente dos direitos humanos;
- Ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização política e da riqueza socialmente produzida;
- Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito;
- Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- Opção por um projeto vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero;
- Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores;

- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- Exercício do Serviço Social sem discriminação (CFESS, 2009, p. 19).

O CFESS (2009) assegura que esses instrumentos legais são fundamentais para a delimitação das atribuições e competências dos assistentes sociais na saúde, e ressalta que o profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades.

Matos (2013, p. 63) aponta particularidades do serviço social na saúde e, sendo assim, salienta que os assistentes sociais, quando lidam com a política de saúde, conhecida pela sua utilização nos serviços de saúde, “não desenvolvem no seu exercício profissional nenhum procedimento interventivo ou mesmo conhecimento que só sirva e se explique para a atuação na área da saúde”. Percebe-se que o Serviço Social atua em diferentes áreas da questão social e que estas questões podem se apresentar disfarçadas em falsos problemas ou disfunções, que podem ser identificadas, talvez como responsabilidades dos indivíduos ou da própria sociedade. Tais problemas dificilmente são identificados como sendo criados pela desigualdade gerada pelo modo de acumulação capitalista. Pode-se dizer, portanto, que a saúde, como outro trabalho profissional, apresenta particularidades que precisam ser desveladas pelas pessoas que atuam na área (Matos, 2013).

De acordo com Costa (2006),

Note-se que, nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil (Costa, 2006, p. 310).

A ação profissional do assistente social tem sido ampliada, não ocorrendo apenas de maneira direta com usuários, mas também em planejamento, gestão, assessoria, investigação, formação de recursos humanos e nos mecanismos de controle social (conselhos e conferências).

Costa (2006) assevera não existir dúvidas quanto à importância do trabalho do assistente social no sentido da consolidação do SUS, visto que, para realizar um atendimento simples, é necessário que o assistente social conheça a instituição, sua

unidade de trabalho, seu funcionamento, qual a dinâmica do trabalho. Ele tem que entender também quanto às outras instituições que estarão envolvidas nesse atendimento, sua capacidade e a viabilização do atendimento delas à população. O assistente social, inserido no processo de trabalho em saúde, torna-se um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS, entre as políticas setoriais, sendo que, assim, ele assegura a integralidade das ações a serem realizadas.

Desse modo, segundo a autora, reconhece-se a prática profissional do assistente social na equipe de saúde, assim como a eficácia da ação do mesmo, qualificando-o no trabalho em saúde nos hospitais.

### 3 HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO TERCIÁRIA

Na primeira parte deste capítulo, será apresentado um resgate histórico da política de saúde no Brasil, desde a década de 1930 até a década atual, com a tentativa de privatização do Estado, dos preceitos legais garantidos com a criação do SUS. O Movimento da Reforma Sanitária e a Criação do SUS será abordado na segunda parte. E, na última parte, veremos os três níveis de atenção do SUS, com ênfase na Atenção Terciária.

#### 3.1 BREVE CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

Ao longo dos anos, a concepção de saúde se modificou como consequência do crescimento urbano, a partir do processo da industrialização no final do século XIX, que desencadeou o êxodo rural e uma transformação na vida da população. Surtos de doenças surgiram nas cidades, afetando diretamente a produção das grandes indústrias, o que exigiu uma resposta por parte das autoridades para o controle da situação. Desta forma, a saúde estava diretamente relacionada à lógica higienista, em que o foco era higienizar as áreas urbanas das epidemias para impulsionar o desenvolvimento econômico do país através da manutenção da saúde dos trabalhadores, ou melhor, a sua força de trabalho. As ações de saúde eram de cunho caritativo, principalmente vinculadas às Santas Casas de Misericórdia que atuavam no Brasil desde o período colonial, sendo as primeiras instituições hospitalares do país, e na lógica de reeducação sanitária, no sentido de uma saúde compensatória, e não de direito social.<sup>1</sup>

As campanhas de saúde no início do século XX eram direcionadas e realizadas em moldes repressores. A imposição de imunizações gerou oposição e grande revolta por parte da população. Uma delas foi a Revolta da Vacina, em 1904,

---

<sup>1</sup> “[...] dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas proporcionadas pelo Estado, direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade” (Silva, 2003, p. 285 *apud* Ribeiro, 2014, p. 53).

em resposta a uma campanha de vacinação obrigatória contra a varíola sancionada por Oswaldo Cruz, naquela ocasião diretor-geral de Saúde Pública.

Para garantir a produção industrial, o governo deveria manter condições básicas de saúde dos trabalhadores e o sistema de assistência à saúde configurava-se de forma precária e limitada. Conforme destaca Bravo:

A saúde pública, na década de 20, adquire novo relevo no discurso do poder. Há tentativas de extensão dos seus serviços por todo o país. A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922 (Bravo, 2009a, p. 90).

De acordo com Bravo (2009), o objetivo da reforma promovida por Carlos Chagas em 1923 era integrar o saneamento rural, a propaganda sanitária e a educação higiênica como responsabilidades do Estado. Neste mesmo período, o Decreto nº 4.682 – Lei Eloy Chaves, publicado em 1923, consolidou a base do sistema previdenciário brasileiro com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os empregados das empresas ferroviárias.

A partir daí, as empresas passaram a oferecer aos seus funcionários assistência médica, direito a aposentadoria e pensão. Esta assistência prestada pelas CAPs e o fornecimento de medicamentos eram financiados pela União, pelas empresas empregadoras e seus empregados.

Nas primeiras décadas do século XX, o modelo de intervenção do Estado na área social ocorreu por meio de um sistema de proteção social, que se expandiu no Governo Vargas. Em 1930, as alterações ocorridas na sociedade brasileira tinham como indicadores a industrialização, a nova definição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais e reivindicações da classe trabalhadora (Bravo, 2009a). Destas reivindicações resultou o movimento operário e sindical que impulsionou o governo na criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que surgem como órgãos públicos financiados também pelo Estado (Boschetti, 2008). Os IAPs, ao contrário das CAPs, não estavam vinculados a empresas, mas sim aos trabalhadores de determinadas categorias profissionais, e também de natureza contributiva. Segundo Fleury:

Os IAPs representaram uma mudança crucial no trato estatal da questão social, na medida em que o Estado deixava de ser um observador passivo ou regulador das demandas emergentes e colocavam-se como o responsável pelas estruturas de proteção social, trazendo para seu interior aquilo que havia se originado como parte da sociedade civil (Fleury, 1994, p. 181).

Na realidade, esse novo modelo não ampliou a cobertura de benefícios para os trabalhadores, marcando um período que Bravo (2009a) denomina como “orientação contencionista”, pois a previdência se empenhou mais na arrecadação de fundos do que com o repasse de benefícios aos seus segurados. A legislação do período procurou destacar a diferença entre previdência e assistência social, o que não havia até o momento. Foram definidos limites orçamentários máximos para as despesas com assistência médico-hospitalar e farmacêutica (Bravo, 2009a).

Nesse período, surgiram duas instituições que marcaram a trajetória da saúde pública no país: o Ministério da Educação e Saúde Pública e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Foram introduzidas mudanças importantes pelo governo, como a consolidação da legislação trabalhista e a estatização da previdência social. Surgem assim as novas bases de uma política de regulamentação do trabalho e de uma organização política da classe trabalhadora. O foco era os trabalhadores do comércio e da indústria. Ficaram proibidos o trabalho infantil e a redução da jornada de trabalho, e direitos dos trabalhadores como férias, demissões e acidentes de trabalho foram incluídos na nova legislação, sendo destacada a intervenção do Estado nos conflitos trabalhistas com a criação da Justiça do Trabalho e a regulamentação explícita das formas de negociação salarial e organização sindical (Finkelmann, 2002).

Porém, a tomada de decisão era realizada sem a participação da sociedade, os trabalhadores não eram ouvidos na construção de um planejamento para enfrentar as expressões da questão social<sup>2</sup>. Assim, o Estado reforçava a desigualdade e a fragmentação dessas políticas. Relativo à saúde, a assistência era garantida apenas aos trabalhadores formais, e a saúde pública era focada nas campanhas sanitárias de combate às endemias, favorecendo a ordem vigente, pois

---

<sup>2</sup> A questão social é “[...] apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade [...] sendo desigualdade, é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a elas resistem e se opõem” (Iamamoto, 2015, p. 27 e 28).

“[...] o importante então, já não é sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva” (Figueiredo, 2012, p. 24).

Em 1950, já existiam hospitais organizados pelo corporativismo médico com fins lucrativos ligados aos interesses do capital, demonstrando uma tendência à privatização através do surgimento das empresas médicas. A assistência à saúde tornou-se mais cara e os hospitais passaram a ser a principal referência de atendimento à saúde da população. A partir de então, o modelo de saúde médico-assistencial privatista assumiu a organização do trabalho; fundamentou-se na prática médica, e as demais categorias profissionais assumem um caráter subordinado a esta categoria (Teixeira, 2004).

O modelo médico-assistencial era hegemônico, privatista e sustentado por fortes determinações econômicas que envolviam o Estado, a indústria farmacêutica e o empresariado da área da saúde tanto nacional quanto internacional. Porém, a assistência médica continuava sendo oferecida majoritariamente pelos IAPs, e a venda de serviços médicos a terceiros não se fazia expressiva nesse contexto (Bravo, 2009a).

Em 1964, a ditadura militar no Brasil foi instaurada com o comprometimento de fortalecer a economia, reestabelecer a ordem e com a garantia de que o regime democrático voltaria dentro em breve. No entanto, os militares permaneceram no poder por mais de duas décadas, e as consequências são explícitas até os dias atuais. Com relação à economia, houve uma abertura ao capital estrangeiro e contenção de gastos, o que contribuiu para o crescimento da economia no país.

Realmente a ditadura militar conseguiu o crescimento econômico anunciado, mas não houve uma distribuição igualitária das riquezas acumuladas; em vez disso, aumentou a concentração de riqueza destinada à burguesia, enquanto a classe trabalhadora tinha seus direitos violados.

Em 1966, houve a junção dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que unificou a Previdência Social, destinada a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e os servidores públicos e de autarquias que tivessem regimes próprios de previdência. Os trabalhadores rurais só viriam a ser incorporados ao sistema anos depois, quando foi promulgada a lei que instituiu o FUNRURAL (Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural). A legislação

previa uma contribuição tripartite, com as participações do empregado, do empregador e da União. A unificação ocorreu atendendo a duas características fundamentais: “[...] o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores.”<sup>3</sup>

O regime ditatorial, não conseguindo consolidar sua hegemonia em sua primeira década, modificou aos poucos a sua relação com a sociedade civil, obtendo maior articulação do Ministério da Saúde. Ampliou os repasses de verbas para os estados e desenvolveu projetos de controle de algumas doenças, como a hanseníase, a tuberculose e o câncer. Os debates sobre a saúde ocorreram a partir disso e resultaram em significativas transformações políticas e sociais, tendo em conta que

[...] em 1975, o regime instituía, por meio da lei n. 6.229, o Sistema Nacional de Saúde. A literatura que analisa esse período identifica na proposição desse sistema de saúde uma iniciativa que terminaria por consolidar, no MS e no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a separação dos campos de atuação da saúde pública e da assistência médica previdenciária (Paiva; Teixeira, 2013, p. 20).

De acordo com Bravo (2001a) a redemocratização brasileira iniciou-se de forma lenta e gradativa a partir da segunda metade da década de 1970 e se consolidou na metade da década de 1980. Em 1970, teve início o debate sobre a necessidade de redemocratização das políticas públicas em saúde, mas devido à ditadura militar, não foi possível avançar com esse ideal neste período.

Acontecimentos importantes que valem a pena ser ressaltados impulsionaram a redemocratização. Em 1979, o presidente Figueiredo criou a nova lei partidária que modificou os estatutos das antigas instituições partidárias, decretando o fim do partidarismo e permitindo, assim, o surgimento de novos partidos. E, em 1984, aconteceu o movimento social – marco histórico para a retomada da participação popular na direção política do país – conhecido popularmente como “Diretas Já”.

Em 1985, Sarney assumiu a presidência, marcando a transição da democracia no Brasil, surgindo, assim, a Nova República; em 1986, ocorreram as

---

<sup>3</sup> A criação do INPS, em 1966, ao unificar os antigos IAPS, constituiu-se na modernização da máquina estatal, aumentando seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no período “populista”, tratando-se, portanto, de uma reorientação das relações entre o Estado e a classe trabalhadora (Bravo, 2009a).

eleições parlamentares para formação da Assembleia Nacional Constituinte, da qual nasceu a primeira Constituição da Nova República do Brasil, que foi promulgada em 5 de outubro de 1988. Foi esta luta dos movimentos sociais, a luta pela constituinte, que alavancou a redemocratização, dando origem à Reforma Sanitária.

### 3.2 O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA E A CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Como vimos anteriormente, o final da década de 1970 marca uma nova configuração da sociedade civil e do Estado, pois com a abertura democrática do país os movimentos sociais voltam a atuar fortemente e há uma grande mobilização política, porém, o país está num período de crise econômica e instabilidade estrutural. Conforme afirma Mendes (1995), esta crise é favorável ao rompimento com o Estado desenvolvimentista, abrindo espaço para propostas neoliberais que conduzem a um Estado mínimo. Desta forma, a sociedade civil se reforça, buscando institucionalizar novas políticas sociais, como explica Bravo (2001a):

Nos anos 1980, o processo de redemocratização, marcado pela revitalização da sociedade civil e constituição de novos atores, recoloca a demanda por uma nova institucionalidade das políticas sociais, que se traduz na consagração dos princípios da descentralização e do controle social. Tais proposições indicam alternativas progressistas para necessária reforma do Estado e para a superação das tradicionais modalidades de relação Estado/Sociedade (Bravo, 2001a, p. 98).

Acreditava-se, na época, que apenas com a descentralização do processo decisório do governo federal, e com a inserção de mecanismos que favorecessem a participação popular na formulação e implementação dos programas sociais, seria possível democratizar o Estado e alcançar maior equidade no desenvolvimento das políticas sociais.

A Reforma Sanitária está inserida na luta de classes do país, e mesmo tendo surgido a partir dos intelectuais do setor, visa atender principalmente às necessidades das classes subalternas, ao mesmo tempo em que fere interesses das grandes empresas privadas e das multinacionais da área da saúde (Teixeira, 2011).

Nesse cenário, em 1986, a oitava CNS foi o marco da grande mobilização da sociedade pela reforma do sistema de saúde. Nas suas assembleias e grupos, foram discutidas e aprovadas as principais reivindicações do movimento sanitário: fortalecimento do setor público de saúde, expansão da cobertura a todos os

cidadãos e integração da medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único.

A CNS foi realizada entre 17 e 21 de março de 1986, reunindo diferentes setores da sociedade. Três temas foram amplamente debatidos: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial.

Essas iniciativas giravam em torno de uma expectativa, de que com o final da ditadura militar existiria um momento de ruptura em que se construiria uma sociedade com a saúde pública em novas bases, unificando a previdência e a sua cobertura ampliada.

Porém, após a aprovação do SUS e da Lei Orgânica da Saúde (1990), significativas mudanças econômicas, políticas e na esfera pública surgiram.

Com a crise econômica do governo Sarney e outros governos que o sucederam, não havia mais otimismo para uma transformação profunda do sistema de saúde, conforme nossa Constituição, que objetivava um sistema único de saúde em um país com grandes disparidades regionais.

O Sistema Único de Saúde (SUS), hoje com 35 anos de existência, é considerado o maior sistema público de saúde do mundo, atendendo a mais de 190 milhões de pessoas todos os anos. Ele abrange desde um simples atendimento para avaliação da pressão arterial, através da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, com a garantia de acesso integral, universal e gratuito para toda a população brasileira. Este sistema presta atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, é um direito de todos os brasileiros, desde sua gestação e por toda a vida, baseando a saúde com qualidade de vida, e para isto investe na prevenção e na promoção da saúde.

A gestão do SUS é solidária e participativa entre os três elementos da Federação: a União, os Estados e os municípios, possuindo uma ampla rede englobando a atenção primária, média e alta complexidades, serviços de urgência e emergência, atenção hospitalar, ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e a assistência farmacêutica.

A estrutura deste sistema é composta pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e as Secretarias Municipais. O primeiro é o gestor nacional do SUS, que formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Atua no âmbito da Comissão Tripartite para

pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura a Anvisa, Fiocruz, Funasa, ANS, Inca, Hemobrás, Into e mais oito hospitais federais, conforme determina a Constituição Federal. Cada ente tem suas corresponsabilidades. A segunda participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde. E a terceira planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e os serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde (Brasil, 2009).

Para auxiliar este grande sistema, o Conselho de Saúde atua em caráter permanente e deliberativo. É um órgão colegiado constituído por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atua também na formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros, e as decisões serão validadas pelo chefe do poder legalmente constituído de cada esfera do governo.

Para finalizar esta seção, citaremos os princípios do SUS. Primeiro, os doutrinários:

- **Universalidade:** a saúde é um direito de todos, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais e cabe ao Estado assegurar este direito;
- **Equidade:** é dar às pessoas o que elas necessitam, de modo que todos tenham, realmente, oportunidades iguais, ou seja, dar mais para quem precisa mais, proporcional e adequadamente às suas circunstâncias.
- **Integralidade:** é o princípio que busca garantir ao usuário uma assistência à saúde que ultrapasse a prática terapêutica, beneficiando o indivíduo em todos os níveis de atenção e tendo em vista o sujeito inserido em um contexto social, familiar e cultural.

E os Organizativos, que também são três:

- **Regionalização e Hierarquização:** os serviços de saúde devem ser organizados em ordem crescente, dos menos aos mais complexos, e disponibilizados em uma área geográfica delimitada. O acesso ao serviço será oferecido de acordo com sua necessidade, dividindo de acordo com os recursos de cada região;

- Descentralização e Comando Único: a responsabilidade cabe à federação, aos estados e aos municípios, em que o município consegue estar mais próximo da realidade de cada localidade, acompanhando de perto onde os recursos são melhores empregadas;
- Participação Popular: através dos conselhos e conferências de saúde, com a finalidade de formular, controlar e avaliar a execução da política de saúde (Ministério da Saúde, 2019).

Um Sistema com tal complexidade e referência global para diversas ações diversificadas, como vacinação, transplantes, doações de órgãos, de sangue e de leite materno precisa ser organizado em diferentes níveis de atenção e assistência à saúde, como veremos na próxima parte.

### 3.3 ORGANIZAÇÃO DO SUS EM NÍVEIS DE ATENÇÃO: A ATENÇÃO HOSPITALAR

Os níveis de atenção à saúde do SUS são um ponto estratégico e primordial para estruturar os serviços médicos e oferecer atendimento qualificado aos usuários.

Esses níveis são abordados em três instâncias: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. Essa ordenação assegura uma assistência ampla e integrada de saúde aos usuários.

A atenção primária é ponto inicial de contato com o sistema. A secundária oferece cuidados especializados e diagnósticos mais completos. E, finalizando, a atenção terciária é específica aos casos mais complexos e carece de intervenções altamente especializadas.

Essa estratégia de graduação não apenas agiliza a utilização de recursos, mas também contribui para uma distribuição mais igualitária dos serviços de saúde, visando um atendimento especializado e amplo a toda a população brasileira.

Descentralizar o serviço promove um melhor atendimento à população, pois cada um desses níveis corresponde a um conjunto de serviços assistenciais de maior ou menor complexidade sendo determinadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Na Atenção Primária à Saúde (APS) estão as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), conhecidas como postos de saúde. Seu papel é promover políticas

direcionadas à prevenção de doenças e também a preservação do bem-estar nos territórios. Essas ações são organizadas pelos municípios.

Neste nível, os profissionais de saúde se organizam para atuar não só nas Unidades Básicas, mas também em outros espaços da comunidade, como centros comunitários e escolas, além de realizarem visitas domiciliares.

A proposta é que as ações de cada UBS sejam integradas e tenham continuidade. Para isso, programas de natureza educativa voltada para a higiene pessoal, conservação de hábitos saudáveis e a conscientização a respeito da vacinação são algumas das ações possíveis e desejáveis.

Considera-se que a APS é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Nas UBSs, o usuário receberá atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia, de segunda a sexta-feira, de 7 h às 11 h e das 13 h às 17 h. Os principais serviços oferecidos pelas UBS são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para outras especialidades clínicas e fornecimento de medicação básica.

Com relação à capacitação dos profissionais de saúde, é uma formação mais ampla com a fundamental presença de médicos de saúde da família e clínicos gerais.

Apesar destas limitações, a resolução dos casos que chegam na APS é grande, pois a maioria das situações são resolvidas apenas pelo atendimento prestado pelos profissionais envolvidos.

Assim, o propósito da divisão por níveis está cumprindo seu papel, que é determinar que o acesso dos indivíduos ao sistema de saúde ocorra de acordo com a gravidade e a urgência.

Por sua vez, a atenção especializada divide-se em duas partes: a atenção secundária e terciária, que são a média e alta complexidade ambulatorial e especializada hospitalar. Na média complexidade, são oferecidos serviços especializados em hospitais e ambulatórios e envolve atendimento direcionado para áreas como pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia, entre outras especialidades médicas.

Já as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 h se inserem aqui e centralizam os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, com capacidade de atendimento de 150 a 450 pacientes por dia.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192), também está inserido neste nível de atendimento, que tem como objetivo chegar rapidamente ao usuário após alguma situação de urgência ou emergência clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, nas residências, em locais de trabalho e vias públicas.

As policlínicas, hospitais e centros de atendimento também integram a média complexidade da atenção especializada, com equipamentos para exames mais avançados, como ecocardiogramas e endoscopias. São tratados casos de febre alta (acima de 39° C), cortes com pouco sangramento, fraturas, atendimento inicial de infarto e derrame, torção, dor intensa, cólicas renais, falta de ar intensa, crises convulsivas, vômito constante, entre outros.

Já na atenção terciária estão os hospitais de grande porte (alta complexidade), subsidiados pelo setor privado ou pelo estado. Nessas instituições são realizadas manobras mais invasivas, caso haja necessidade, intervindo em situações nas quais a vida do usuário do serviço está em risco.

Nos estabelecimentos do nível terciário estão presentes máquinas de alta tecnologia (como equipamentos para ressonância magnética, tomógrafos e hemodinâmicas, por exemplo).

O objetivo nesse nível de atenção é garantir que procedimentos para a manutenção dos sinais vitais possam ser realizados, dando suporte mínimo para a preservação da vida sempre que necessário.

Nessa etapa atuam médicos especialistas em áreas que exigem uma formação mais extensiva, como a Neurocirurgia e a Nefrologia Pediátrica.

A expectativa é que no nível terciário existam suportes tecnológico e profissional capazes de atender a situações que no nível secundário não puderam ser tratadas por serem casos mais raros ou complexos demais, como transplantes, parto de alto risco, traumatologia ortopedia, neurocirurgia, diálise (para pacientes com doença renal crônica), cirurgia reparadora (de mutilações, traumas ou queimaduras graves), cirurgia bariátrica (para os casos de obesidade mórbida), cirurgia reprodutiva, reprodução assistida, genética clínica, distrofia muscular progressiva, osteogênese imperfeita (doença genética que provoca a fragilidade dos ossos), fibrose cística (doença genética que acomete vários órgãos do corpo causando deficiências progressivas) (Brasil, 2009).

Desse modo, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 4.279/2010, ressalta a existência de três níveis de atendimento e atenção à saúde da população: a) atenção básica à saúde, ou atenção primária, definida como o conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas, referentes ao primeiro contato e de menor densidade tecnológica, entre outras atribuições; b) atendimento de média complexidade, que corresponde a consultas a especialistas, exames diagnósticos, entre outros, e representam o maior gargalo do sistema de saúde no Brasil; e c) o atendimento de alta complexidade, que são aqueles atendimentos maiores, consumidores de recursos de grande monta e de elevada densidade tecnológica.

Sendo assim, através da Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, o Ministério da Saúde instituiu a “Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)”. Essa Política Nacional de Atenção Hospitalar tem como objetivo estabelecer diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo por base a Política Nacional de Humanização. É resultado da necessidade de reorganização e qualificação da atenção hospitalar no âmbito do SUS. As disposições da PNHOSP passam a ser referência para os hospitais públicos e privados que oferecem ações e serviços dentro do Sistema Único de Saúde. Essa assistência é organizada partindo das necessidades da população, visando o pleno atendimento aos usuários, contando com o apoio de uma equipe multiprofissional que trabalha no cuidado e na regulação do acesso, com vistas à qualidade da assistência e segurança do paciente.

A PNHOSP tem como seus eixos estruturantes a Assistência Hospitalar; a Gestão Hospitalar; a Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho; Financiamento; Contratualização e as Responsabilidades das Esferas de Gestão. As diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar, conforme o Art. 6º, são as seguintes:

- I – garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar; II – regionalização da atenção hospitalar, com abrangência territorial e populacional, em consonância com as pactuações regionais;
- III – continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS; IV – modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar; V – acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política

Nacional de Regulação do SUS; VI – atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização; VII – gestão de tecnologia em saúde de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS; VIII – garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente; IX – garantia da efetividade dos serviços, com racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais; X – financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de gestão; XI – garantia da atenção à saúde indígena, organizada de acordo com as necessidades regionais, respeitando-se as especificidades socioculturais e direitos estabelecidos na legislação, com correspondentes alternativas de financiamento específico de acordo com pactuação com subsistema de saúde indígena; XII – transparência e eficiência na aplicação de recursos; XIII – participação e controle social no processo de planejamento e avaliação; e XIV – monitoramento e avaliação (Brasil, 2013, Port 3.390/2013, Art. 6º).

Conforme ressaltam Leal e Castro (2017, p. 216), o artigo 5º dessa Portaria salienta alguns pontos relevantes que se referem à organização e ao funcionamento da instituição hospitalar. Pode-se destacar entre eles “aqueles relacionados à assistência: apoio matricial, clínica ampliada, gerenciamento de leitos, horizontalização do cuidado, linha de cuidado, prontuário único e visita aberta”.

Dessa maneira, “a atenção hospitalar representa um conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde realizado em ambiente hospitalar”, sendo de grande relevância a presença dos hospitais na organização da rede de assistência devido aos serviços ofertados e à grande concentração de serviços de média e alta complexidade (Brasil, 2009, p. 45).

Considera-se que é direito de todas as pessoas o acesso aos serviços sociais de saúde, não importando a etnia, classe social, identidade de gênero, bens que possui e outros. Nos hospitais, que fazem parte de um sistema organizado de saúde, também estão as políticas públicas que vão proporcionar serviços essenciais, promovendo, protegendo e recuperando a saúde do cidadão.

De acordo com Gonçalves (2014, p. 7), o SUS é o melhor sistema de saúde já criado, pois preconiza a universalidade e a integralidade a todas as pessoas do país, representando ainda, constitucionalmente, um compromisso do Estado brasileiro com seus cidadãos, visto que é uma política de inclusão social. O autor ainda considera que há muita coisa a ser feita para a completa implementação de todos os princípios da proposta, entretanto, “a previsão legal de que a saúde é direito de todos e dever do Estado explicita que o Brasil optou por um sistema

público, universal e de atendimento integral para todos os cidadãos” (Gonçalves, 2014, p. 49).

Necessário se faz ressaltar a importância da presença dos assistentes sociais na área de saúde, no contexto hospitalar, pois eles têm ampliado sua atuação profissional, atuando em contato direto e cotidiano com as questões da saúde pública e coletiva, da criança, do adolescente e da terceira idade, assim como com as questões de violência, de habitação, de educação e de lazer (Castro, 2009).

Conforme Vasconcelos (2009), o assistente social tem como princípios fundamentais: a defesa dos direitos humanos; a defesa e luta pela garantia dos direitos civis, sociais e políticos; a defesa da equidade e da justiça social; o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população. Complementa a autora que

as ações e os serviços prestados pelo Serviço Social em qualquer tipo de unidade de saúde – seja na atenção básica, ambulatorial, terciária ou quaternária –, integram a prática na saúde numa rede que se pretende articulada internamente pelas diferentes ações dos profissionais da unidade e dos serviços, vinculada externamente às demais unidades de saúde em cada esfera de governo, integrando um sistema organizado (Vasconcelos, 2009, p. 27).

Desse modo, no ambiente hospitalar, são variadas as ações realizadas pelos assistentes sociais no âmbito geral do hospital; nas enfermarias; na atenção ambulatorial; no âmbito da recepção integrada – porta de entrada; no pronto socorro – pronto atendimento; na emergência; no plantão do Serviço Social; na relação com as demais unidades de saúde; na relação com os recursos comunitários e institucionais; no âmbito do controle social e na relação com os conselhos de políticas e de direitos (Vasconcelos, 2009).

Através do estágio obrigatório a autora pode perceber que os profissionais da assistência social trabalham em conjunto com a equipe multidisciplinar, família e políticas públicas, com um olhar integral do paciente, eles compreendem as demandas de forma ampla, se envolvendo desde o início do atendimento, trazendo mais agilidade e resolubilidade para o processo. Ao oferecer as orientações e realizar os encaminhamentos necessários, contando com os mais diversos pontos da rede de apoio, esse trabalho busca a condução de uma transição do cuidado mais segura e qualificada. E entre as ações desenvolvidas estão a avaliação do contexto socioeconômico, elaboração de relatórios sociais, articulações com a rede

privada e com os mais variados pontos da rede pública como Ministério Público, saúde mental, previdência social, serviços do SUS, entre outros.

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010) assegura que as atribuições e competências dos profissionais do Serviço Social, tanto na saúde como em outro espaço, são norteadas por direitos e deveres que constam no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão. Assim sendo, o assistente social na saúde realiza suas ações profissionais nas dimensões/eixos seguintes: assistencial; em equipe; socioeducativa; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. Esses eixos não devem ser entendidos de maneira segmentada, mas, sim, articulados numa concepção de totalidade.

Relevante salientar que o assistente social é capaz de identificar, de perceber a vulnerabilidade do usuário, pois tem clareza da importância dos fatores sociais como aspectos que constituem sua condição de vida e saúde (CFESS, 2010).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo afirmação de Silva e Kruger (2019, p. 1), “o Serviço Social brasileiro integra o rol das profissões em saúde, tanto no plano legal como através da legitimação social, a partir do conceito ampliado de saúde”. E ter saúde não é simplesmente não estar doente, visto que o conceito vai além disso, trata-se de um bem-estar social, de ter direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, vestimenta, educação, meio ambiente não agressivo e muito mais (Arouca, 1987 *apud* Silva; Kruger, 2019).

Através desta síntese narrativa, verificou-se que a inserção do assistente social no contexto hospitalar possui como estratégia qualificar o atendimento junto aos usuários e familiares, buscando atender suas necessidades e visando a garantia de acesso aos direitos sociais através de mediações entre instituição e usuário.

Ressalta-se que, nesse contexto, o desafio maior do profissional é fortalecer a multidisciplinaridade, levando em consideração as especificidades da profissão, proporcionando um atendimento de qualidade aos cidadãos.

Ao Assistente Social cabe desenvolver, promover uma ação educativa, visando estimular um processo reflexivo tanto nos pacientes como nos familiares, para que possam juntos participarem do processo de tratamento e/ou cura.

E por tratar-se de uma profissão abrangente, é comum que outros profissionais confundam a atuação do Serviço Social, por isso é importante que o Assistente Social tenha clareza dos seus objetivos, funções e atividades, valorizando sua prática e conquistando seu espaço.

Desta forma, é de suma importância o conhecimento que o profissional de Serviço Social deve ter do seu espaço de trabalho dentro da instituição e da equipe, para que possa analisar os fatores sociais, políticos e econômicos que transpassam a realidade dos pacientes e de seus familiares

## REFERÊNCIAS

BARRETTO, Leandro Domingues; FREIRE, Rafaela Cordeiro. Tendências da atenção hospitalar no SUS da Bahia: uma análise de 2006 a 2009. **Revista Bahiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, 2011. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/309> Acesso em: 17 dez. 2023.

BOSCHETTI, Ivanete. **Mesa de Abertura**: CFESS. Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde. Conselho Federal de Serviço Social. Brasília-DF, 2017. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/LivroSeminarioSaude2009-CFESS.pdf> Acesso em: 15 mar. 2023.

BRASIL. **Caderno HumanizaSUS**. Atenção Hospitalar. v. 3. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_humanizausus\\_atencao\\_hospitalar.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizausus_atencao_hospitalar.pdf). Acesso em: 10 jun. 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) Acesso em: 1 abr. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.662 de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8662.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm) Acesso em: 1 mai. 2023.

BRASIL. **O SUS de A Ano Z**: garantindo saúde nos municípios. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília-DF, 2009. 3.ed. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3ed\\_p1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf) Acesso em: 20 abr. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html) Acesso em: 10 abr. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html) Acesso em: 25 abr. 2023.

BRASIL. **Resolução nº 218 de 6 março de 1997**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218\\_06\\_03\\_1997.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html)  
Acesso em: 10 abr. 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2001. Disponível em:  
[http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica\\_de\\_Saude\\_no\\_Brasil\\_Ines\\_Bravo](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo) Acesso em: 10 mar. 2023.

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

CAPITINGA, Máiron César Araújo. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e o Movimento de Reforma Sanitária**: tendências e perspectivas para o exercício profissional do assistente social em hospitais do município de Goiânia-GO, 2020. 172f. Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC/GO. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Goiânia-GO, 2020.

CASTRO, Marina Monteiro Castro e. **Trabalho em saúde**: a Inserção do Assistente Social na Atenção Primária à saúde de Juiz de Fora/MG. 200f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009. Disponível em:  
<https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/2738> Acesso em: 10 abr. 2023.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução CFESS nº 383/99 de 29/03/1999**. Caracteriza o Assistente Social como profissional da saúde. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao\\_383\\_99.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf) Acesso em: 25 mar. 2023.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Versão Preliminar. Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília, mar. 2009.  
[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude\\_-\\_versao\\_preliminar.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf) Acesso em: 20 abr. 2023.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e projeto social nas políticas públicas. Brasília, 2010. Disponível em:  
[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf) Acesso em: 12 abr. 2023.

COELHO, Ivan Batista. Atenção hospitalar à pandemia de covid-19 no Brasil em 2020. *In*: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Toledo (org.). **Acesso e cuidados especializados**. v. 5. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. (Coleção Covid; v. 5). Disponível em:  
[https://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2021/06/22/13\\_15\\_43\\_233\\_covid\\_19\\_volum\\_e5\\_1\\_.pdf#page=83](https://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2021/06/22/13_15_43_233_covid_19_volum_e5_1_.pdf#page=83) Acesso em: 17 dez. 2023.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) Assistentes Sociais. *In*: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza;

UCHÔA, Roberta et al. (orgs.) **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo-SP: Cortez Editora, 2006. p. 304-351.

DUARTE, Afrânica Hemanuely Castanho. Princípios éticos e a atuação profissional do assistente social na área da saúde. *Libertas*. **Revista do Serviço Social/UFJF**. v. 10, n. 2, p. 131-147, jul-dez/2010. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18210> Acesso em: 30 abr. 2023.

GONÇALVES, Márcio Augusto. **Organização e funcionamento do SUS**. Departamento de Ciências da Administração. UFSC. Brasília: CAPES, 2014. Disponível em: [https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/401228/1/Organizacao\\_FuncSUS%20GS%203ed%20GRAFICA.pdf](https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/401228/1/Organizacao_FuncSUS%20GS%203ed%20GRAFICA.pdf) Acesso em: 5 abr. 2023.

GUEDES, Heloísa Helena da Silva; CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. 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: 17 dez. 2023.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**. Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 19. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

LEAL, Laura Marcelino; CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. Política Nacional de Atenção Hospitalar: impactos para o trabalho do Assistente Social. **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, SP, v. 16, n. 2 (24), p. 211-228, jul./dez. 2017. E-ISSN 2446-5992  
Disponível em:  
<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8651464/17510>  
Acesso em: 5 abr. 2023.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social Ética e Saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; FLORES, Fábio Fernandes; ALMEIDA, Claudio Bispo. Pressupostos para elaboração de Relato de Experiência como conhecimento Científico. **Revista Praxis Educacional**, v. 17, n. 48, p. 60-77, out. dez. 2021. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010/6134> Acesso em: 27 out. 2022.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NETTO, José Paulo. O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois. **Revista Serviço Social & Sociedade**, n. 84, Ano XXVI, nov. 2005. Disponível em: <http://>

[www.unirio.br/cchs/ess/Members/rafaela.ribeiro/servico-social-i-2018.2/o-movimento-de-reconceituacao-40-anos-depois-j-p-netto/view](http://www.unirio.br/cchs/ess/Members/rafaela.ribeiro/servico-social-i-2018.2/o-movimento-de-reconceituacao-40-anos-depois-j-p-netto/view) Acesso em: 23 maio 2023.

OLIVEIRA, Edistia Maria Abath Pereira de; CHAVES, Helena Lúcia Augusto. 80 anos do Serviço Social no Brasil: Marcos históricos balizados nos códigos de ética da profissão. **Serv. Soc.**, n. 128, jan-abr 2017. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.098>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/GhVdbyXB4rmF4qgcbQzhKxF/?lang=pt> Acesso em: 10 abr. 2023.

REISDÖRFER, Lara Aparecida Lissarassa. **Fundamentos históricos, teóricos e metodológicos do Serviço Social**. Indaial: Uniasselvi, 2013. Disponível em: <https://www.uniasselvi.com.br/extranet/layout/request/trilha/materiais/livro/livro.php?codigo=15995> Acesso em: 25 maio 2023.

SILVA, Débora Cristina da; KRÜGER, Tânia Regina. Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na política de saúde: o significado no exercício profissional. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL, 3, 2019, Florianópolis. **Anais** [...] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2019. Disponível em: [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/202911/Silva\\_Kruger\\_Par%C3%A2metros%20para%20a%20atua%C3%A7%C3%A3o%20de%20AS%20na%20pol%C3%ADtica%20de%20sa%C3%BAde.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/202911/Silva_Kruger_Par%C3%A2metros%20para%20a%20atua%C3%A7%C3%A3o%20de%20AS%20na%20pol%C3%ADtica%20de%20sa%C3%BAde.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Acesso em: 15 abr. 2023.

TEIXEIRA, Marlene. Mesa de Abertura. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE, 2017, Olinda. **Anais** [...] Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2017. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/LivroSeminarSaude2009-CFESS.pdf> Acesso em: 15 abr. 2023.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **O Serviço Social em Hospitais**: orientações básicas. 2. ed. rev. e ampl. 1. Reimpressão. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Serviço Social, 2009.

VIANA, Beatriz Borges; CARNEIRO, Kássia Karise Carvalho; GONÇALVES, Claudenora Fonseca. O Movimento de Reconceituação do Serviço Social e seu reflexo no exercício profissional na contemporaneidade. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL, 2015, Florianópolis. **Anais** [...] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. Disponível em: [https://seminarioservicosocial.paginas.ufsc.br/files/2017/05/Eixo\\_2\\_139.pdf](https://seminarioservicosocial.paginas.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_2_139.pdf) Acesso em: 24 maio 2023.