

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

MARIA YASMIM PEREIRA SANTOS

**O COTIDIANO DA/DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: requisições,
desafios e limites do exercício profissional na alta complexidade**

São Luís - MA

2025

MARIA YASMIM PEREIRA SANTOS

**O COTIDIANO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: requisições,
desafios e limites do exercício profissional na alta complexidade**

Monografia apresentada ao curso de Serviço Social da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Cristiana Costa Lima

São Luís - MA

2025

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Santos, Maria Yasmin Pereira.

O cotidiano da/o assistente social na saúde:
requisições, desafios e limites do exercício profissional
na alta complexidade / Maria Yasmin Pereira Santos. -
2025.

84 p.

Orientador(a): Cristiana Costa Lima.

Monografia (Graduação) - Curso de Serviço Social,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís - Ma, 2025.

1. Serviço Social. 2. Política de Saúde. 3. Sistema
Único de Saúde. I. Lima, Cristiana Costa. II. Título.

MARIA YASMIM PEREIRA SANTOS

**O COTIDIANO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: requisições,
desafios e limites do exercício profissional na alta complexidade**

Monografia apresentada ao curso de Serviço Social da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: 24/02/2025.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Cristiana Costa Lima (orientadora)
Departamento de Serviço Social - UFMA

Profª Drª Mariana Cavalcanti Braz Berger
Departamento de Serviço Social - UFMA

Profª Drª Silse Teixeira de Freitas Lemos
Departamento de Serviço Social - UFMA

Dedico este trabalho aos meus pais, Cláudia e Márcio, que ao longo dessa vida, guiaram os meus passos e geraram em mim muito amor e determinação para a realização dos meus sonhos. À toda a minha família, por serem o meu porto seguro e sempre estarem ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pelo dom da minha vida, por todas as bênçãos concedidas e por conduzir os meus caminhos até aqui. Sem Ele, nada disso seria possível.

À minha mãe, Cláudia, por todo amor, carinho, cuidado, companheirismo, força, incentivo, ensinamentos... Enfim, por tudo e por tanto que dedicaste a mim durante toda essa jornada da vida. Palavras não são o suficiente para expressar toda a minha gratidão a você.

Ao meu pai, Márcio, por todo amor incondicional, por sempre acreditar em mim, compartilhar das minhas conquistas e pelo incentivo de nunca desistir dos meus sonhos.

À minha avó, dona Maria, mulher que me inspirou a trilhar os caminhos acadêmicos desde a infância, quando a acompanhava nas salas de aula. Sua coragem e determinação ao retomar os estudos e se formar aos 55 anos na mesma universidade e no mesmo prédio (CCSO), onde irei me formar agora, mostrou que nunca é tarde para desistir dos nossos sonhos.

Ao meu companheiro, Bruno, pelo amor genuíno que me sustenta, por todo apoio durante os árduos momentos na graduação, por caminhar os meus passos e segurar as minhas mãos em todos os momentos da vida.

À minha família, meu maior sinônimo de amor, por serem o meu alicerce e o meu lar nessa vida. Aos meus pequenos, João e Luna, por serem a alegria do meu coração.

À Universidade Federal do Maranhão, por essa imensa oportunidade de alcançar os meus objetivos e pelo ambiente enriquecedor proporcionado para a minha formação.

À minha orientadora, Cristiana Costa Lima, por sua valiosa orientação, paciência e dedicação, por acreditar no meu potencial e compartilhar o seu vasto conhecimento ao longo desse processo.

À todo o corpo docente de Serviço Social da UFMA, por me guiarem pelo caminho do saber, por todo empenho, comprometimento e educação que construíram o meu ser profissional.

Às minhas amigadas do curso, que tornaram essa caminhada mais leve mesmo diante de tantas dificuldades, e trouxeram bons momentos de alegria ao longo dessa etapa.

À todos (as) que contribuíram para a realização deste sonho. Gratidão!

Acerte a bússola do seu coração na direção do seu maior desejo. Não precisa ter medo. O grande capitão de toda a frota está nos guiando lá de cima. Vai dar tudo certo.

Rafael Magalhães

RESUMO

A/o assistente social desenvolve o exercício profissional no cotidiano de seu trabalho, atuando diretamente nas diversas expressões da questão social e buscando a viabilização dos direitos sociais de seus usuários. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a/o assistente social passa a exercer um papel fundamental, atuando na defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado, tendo como base os princípios da universalidade, integralidade e equidade. No entanto, o contexto de privatização da saúde impõe desafios e limites para o exercício profissional do Serviço Social, como a precarização das condições de trabalho, a redução do acesso aos serviços e a mercantilização da saúde. Além disso, a/o assistente atua na alta complexidade como um/a profissional que articula as demandas dos usuários, da instituição e das políticas públicas, buscando garantir a qualidade da assistência. Portanto, a presente monografia analisou o exercício profissional das/os assistentes sociais na alta complexidade em um Hospital Universitário em São Luís - MA, e buscou compreender as requisições profissionais, os desafios e os limites presentes neste espaço. Primeiramente, perpassa-se pela construção do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando os desafios trazidos pelos novos modelos de gestão na saúde. Discute-se sobre a inserção do Serviço Social na saúde e o exercício profissional na contemporaneidade, concluindo que a/o assistente social desenvolve o seu trabalho neste campo considerando os determinantes sociais em saúde.

Palavras-chave: Serviço Social; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Social workers develop their professional practice in their daily work, acting directly in the various expressions of the social issue and seeking to ensure the social rights of their users. With the creation of the Unified Health System (SUS), social workers begin to play a fundamental role, acting in the defense of health as a right of all and a duty of the State, based on the principles of universality, comprehensiveness and equity. However, the context of privatization of health imposes challenges and limits on the professional practice of Social Work, such as precarious working conditions, reduced access to services and the commercialization of health. In addition, the assistant works in high complexity as a professional who articulates the demands of users, the institution and public policies, seeking to guarantee the quality of care. Therefore, this monograph analyzed the professional practice of social workers in high complexity at a University Hospital in São Luís - MA, and sought to understand the professional requirements, challenges and limits present in this space. Firstly, the construction of the Unified Health System (SUS) is discussed, highlighting the challenges brought by the new management models in health. The insertion of Social Work in health and the professional practice in contemporary times are discussed, concluding that the social worker develops his/her work in this field considering the social determinants of health.

Keywords: Social Work; Health Policy; Unified Health System.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome
ALCON - Alojamento Conjunto
BPC - Benefício de Prestação Continuada
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP - Comitê de Ética e Pesquisa
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
CF 98 - Constituição Federal de 1988
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COVID - Corona Vírus Disease
CRESS - Conselho Regional de Serviço Social
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EMSERH - Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares
EPI - Equipamento de Proteção Individual
ESF - Estratégia Saúde da Família
HIV - Human Immunodeficiency Virus
HU - Hospital Universitário
HUUFMA - Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS - Lei Orgânica da Saúde
MS - Ministério da Saúde
OSCIPs - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OMS - Organização Mundial da Saúde
OSSs - Organizações Sociais de Saúde
PNH - Política Nacional de Humanização
PPI - Programa de Parcerias para Investimentos
PT - Partido dos Trabalhadores
REHUF - Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RN - Rio Grande do Norte
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SMS - Secretaria Estadual de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SVO - Serviço de Verificação de Óbito

TFD - Tratamento Fora do Domicílio

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFMA - Universidade Federal do Maranhão

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E OS DESAFIOS FRENTE À PRIVATIZAÇÃO E MERCANTILIZAÇÃO DO SUS	17
2.1 O direito à saúde no Brasil: a Constituição Federal de 1988 e o processo de democratização da saúde	17
2.2 Novos modelos de gestão e a mercantilização da saúde no Brasil ..	27
2.3 Desafios da Política de Saúde brasileira no século XXI	36
3 DEMANDAS, DESAFIOS E LIMITES NO COTIDIANO DO TRABALHO PROFISSIONAL NA ALTA COMPLEXIDADE	46
3.1 O Cotidiano do Exercício Profissional: entre a alienação e as possibilidades de superação	46
3.2 A Trajetória do Serviço Social na Saúde: da inserção profissional à consolidação no contexto do SUS	55
3.3 O exercício profissional da/o assistente social na alta complexidade: desafios e limites	62
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	79

1 INTRODUÇÃO

Antes da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde brasileira era centrada no processo saúde-doença, onde as assistentes sociais tinham um papel restrito e assistencialista, substituindo as visitadoras sociais. Essas profissionais realizavam ações como visitas domiciliares às famílias ditas em situação de pobreza, a fim de acompanhá-las e orientá-las aos serviços públicos. A filantropia e a caridade eram utilizadas para dar respostas às expressões da questão social, entendida, nesse panorama, como uma questão moral.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), representou uma ruptura com o modelo de saúde anterior, que excluía grande parte da população do acesso aos serviços e benefícios de saúde. Além disso, ampliou as possibilidades de intervenção das/os assistentes sociais, tanto na assistência, quanto no planejamento, na promoção e prevenção da saúde, e trouxe uma nova realidade para o sistema de saúde pública brasileiro.

A/o assistente social, nesse contexto, teve que se adequar às novas diretrizes e normativas do SUS, bem como às demandas e necessidades da população usuária dos serviços de saúde. Portanto, afirma-se que o Serviço Social na área da saúde é imprescindível para a contribuição da efetivação das políticas públicas de saúde no Brasil, além da viabilização dos direitos sociais dos usuários do SUS.

Dentre os órgãos públicos de atuação do profissional na saúde no Brasil, podemos citar o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Saúde (CNS); Secretarias Estaduais de Saúde (SES); Secretarias Municipais de Saúde (SMS), unidades de saúde baixa, média e alta complexidade, saúde mental, adulto, criança, idoso, entre outros.

Assim, para a atuação na área da saúde, é necessário a/o assistente social ter como base legal os documentos fundamentais para orientação das suas práticas profissionais, bem como a viabilização de direitos dos usuários na Política de Saúde, ou seja:

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser

observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras. (CFESS, 2010, p. 33)

A privatização da saúde, expressa na terceirização, na precarização e na mercantilização dos serviços, tem impactos diretos na qualidade da assistência, na gestão, no financiamento, no controle social e na formação dos profissionais de saúde, incluindo as/os assistentes sociais. Nesse sentido, é importante investigar como o Serviço Social vem desenvolvendo o cotidiano de seu trabalho na saúde, se posicionando diante desse cenário, e quais são os limites e as possibilidades de efetivação do seu projeto ético-político.

A motivação inicial para a escolha do tema surgiu no 1º período do curso, após a realização de uma pesquisa de campo na área da saúde, na disciplina de Fundamentos Históricos e Teórico-Metodológicos do Serviço Social I. Esse interesse se consolidou em 2023, ao cursar a disciplina Política de Saúde e Serviço Social, cujos estudos contribuíram significativamente para a compreensão da história da Política de Saúde no Brasil, do Sistema Único de Saúde (SUS) e da atuação do Serviço Social nesse campo.

Posteriormente, o interesse em aprofundar a temática se intensificou durante o estágio curricular obrigatório I, realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Geral/Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), unidade Presidente Dutra, e no estágio curricular obrigatório II, desenvolvido no Alojamento Conjunto (ALCON) da unidade Materno Infantil. A vivência nessas unidades foi essencial para fortalecer a conexão com a área da saúde, um campo que me escolheu e pelo qual me encantei.

Dentre os estudiosos essenciais para a realização desta monografia, Maria Inês Bravo destaca-se como referência fundamental na análise da Política de Saúde. Sua abordagem crítica sobre essa política e seu impacto no Serviço Social contribui significativamente para a compreensão dos desafios enfrentados na área. Bravo defende a necessidade de um projeto ético-político que valorize a universalização dos direitos na saúde, ressaltando a importância da atuação do Serviço Social na luta por uma política pública mais equitativa e acessível.

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato

dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários. (Bravo; Matos, 2006, p. 17)

Acerca do exercício profissional da/o assistente social na atualidade, o autor Maurílio Castro de Matos contribuiu para a compreensão sobre a prática da profissão em si, como também, retratou sobre a pandemia da COVID-19 e seus efeitos no trabalho do Serviço Social. Ele enfatiza a importância do processo contínuo de aprendizado da/o assistente social, de modo que estejam sempre atualizados e preparados para enfrentar os desafios cotidianos da profissão. No campo da saúde, Matos tem um papel essencial para o entendimento das demandas contemporâneas postas à profissão e suas particularidades nesta área, destacando como a/o assistente social deve atuar com base nos princípios da profissão e, em especial, trata a respeito da importância dos determinantes sociais na saúde. Com base nisso, uma bibliografia primordial do autor foi “Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional (2013)”. Para ele,

[...] a saúde, como qualquer outro campo de trabalho profissional, apresenta particularidades que necessitam ser desveladas pelos que atuam na área. Assim, compreender os determinantes da política de saúde e seus rebatimentos no trabalho desenvolvido na instituição e na vida dos usuários torna-se fundamental. (Matos, 2009, p. 58)

Contudo, é fundamental destacar que o trabalho profissional se desenvolve no cotidiano, conforme apontado por Agnes Heller em sua obra *O Cotidiano e a História* (1970). A autora afirma que “a vida cotidiana é a vida de todo homem” (1970, p. 17), ressaltando que os hábitos, costumes e rotinas moldam a existência de cada indivíduo. É no dia a dia que realmente vivemos e expressamos quem somos, sendo nossas ações, escolhas e experiências determinantes na construção da normalidade da vida. Heller também aborda a imediatez presente no cotidiano, aspecto que dialoga com as reflexões de Matos (2013) sobre o pragmatismo no exercício profissional da/o assistente social. No Serviço Social, esse contexto deve ser encarado como uma oportunidade para fortalecer a reflexão crítica sobre a prática profissional, evitando a reprodução de atitudes meramente espontâneas e favorecendo uma atuação fundamentada e consciente.

Sobre as atribuições e competências da/o assistente social na área da saúde, os *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde* (2010) se mostram fundamentais para orientar um exercício profissional ético e qualificado, ao retratar as demandas e desafios dessa área. Esse documento

desempenha um papel essencial no alinhamento da prática dos profissionais, fornecendo diretrizes e orientações que contribuem para uma atuação coerente com os princípios do Serviço Social e com a garantia dos direitos dos usuários no contexto da saúde.

Requisições podem ser entendidas como um instrumento para definir as demandas internas e externas no ambiente profissional, mostrando a existência da responsabilidade do profissional com os direitos sociais dos usuários, no caso do Serviço Social. Tem como objetivo demandar que algo específico seja realizado.

Cabe destacar que, embora já tenha sido amplamente discutido o tema Serviço Social e Saúde, observa-se que ele continua sendo um campo em constante evolução e que ainda não se esgota. Nesse sentido, a presente pesquisa tem como objetivo analisar o cotidiano profissional da/o assistente social na alta complexidade em um Hospital Universitário em São Luís - MA, buscando identificar as requisições, os desafios e os limites que caracterizam essa prática, a fim de compreender melhor as condições e as dinâmicas que envolvem a atuação da/o assistente social nesse contexto.

Inicialmente, a pesquisa proposta era de caráter empírico, com a realização de entrevistas com assistentes sociais do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), na unidade Presidente Dutra. Contudo, devido à demora na análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUUFMA para a liberação da pesquisa, a coleta de dados foi comprometida. A liberação foi aguardada até o dia 13 de janeiro de 2025, e, diante desse atraso, optou-se por uma abordagem metodológica de análise bibliográfica e observação participante através do resultado da vivência no estágio curricular obrigatório, para descrever as especificidades na alta complexidade. Dessa forma, a pesquisa se baseou em uma revisão da literatura, com a utilização de livros, artigos, documentos e resoluções que discutem amplamente as questões centrais do tema, além dos conceitos-chave relacionados à área de estudo como política de saúde, Serviço Social na saúde, cotidiano e exercício profissional.

A partir dos embasamentos, a monografia estruturou-se da seguinte forma:

Primeiramente esta introdução, seguida pelo segundo capítulo com o tema “A Política de Saúde brasileira e os desafios frente à privatização e mercantilização do SUS”, que retrata o processo de democratização da saúde por meio da conquista do SUS e analisa as implicações da crescente influência do setor privado na saúde

pública, enfatizando a necessidade de reforçar o caráter público e integral da Política de Saúde brasileira.

No terceiro capítulo abordou-se o tema “O cotidiano do trabalho profissional na alta complexidade: desafios e limites ao Serviço Social frente à mercantilização e privatização da saúde”, que apresenta a trajetória do Serviço Social na saúde, até o exercício profissional na alta complexidade, destacando as barreiras enfrentadas pela profissão na implementação de práticas que efetivem a garantia de direitos dos usuários e as pressões para atender demandas complexas em meio às mudanças impostas pelo cenário de privatização e mercantilização da saúde. E por fim, as considerações finais, frisando a importância da luta do Serviço Social contra a privatização e mercantilização da saúde, e do fortalecimento de políticas públicas que garantam a saúde como direito fundamental de todos os cidadãos.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E OS DESAFIOS FRENTE À PRIVATIZAÇÃO E MERCANTILIZAÇÃO DO SUS

No Brasil, o direito à saúde foi garantido pela Constituição Federal de 1988, que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Isso se traduz na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, que visa a universalidade, a integralidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde. Assim, é fundamental analisar a Política de Saúde no Brasil, para compreender os avanços, retrocessos e desafios no sistema de saúde pública do país.

Cabe destacar os impactos da privatização e os novos modelos de gestão na forma como o SUS opera, promovendo uma série de mudanças que nem sempre correspondem aos objetivos originais do sistema. A privatização, mercantilização e a terceirização de serviços de saúde têm gerado debates sobre a efetividade e a qualidade do atendimento. Essas transformações afetam tanto a oferta de serviços de saúde, quanto a formação dos profissionais, que precisam lidar com uma realidade em constante adaptação às pressões do setor privado.

Diante desse cenário, torna-se indispensável analisar a Política de Saúde no Brasil em uma perspectiva crítica, buscando identificar como esses novos arranjos de gestão impactam o trabalho profissional e quais caminhos podem ser trilhados para fortalecer o SUS. É sobre a política social brasileira nos últimos anos que trataremos nos itens a seguir, buscando uma análise reflexiva dessa política no Brasil e de como as mudanças no SUS têm impactado o atendimento à saúde da população.

2.1 O direito à saúde no Brasil: a Constituição Federal de 1988 e o processo de democratização da saúde

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e, acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

De acordo com o Art. 198 da CF 98, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Durante a Ditadura Militar, o acesso à saúde não era considerado um direito universal, visto que, foi um período de privatização da saúde, onde houve a expansão da medicina previdenciária, medicalização da vida social, redução do orçamento de recursos para a saúde pública, com ênfase no investimento da iniciativa privada, além do acesso restrito à saúde, que era colocada como uma mercadoria a quem pudesse acessá-la.

No que tange propriamente ao sistema público de saúde, o país vivia sob a duplicidade de um sistema dividido entre a medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. A saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo. (Paiva; Teixeira, 2015, p. 17)

Segundo Paiva e Teixeira (2014, p. 17), as políticas de saúde dos governos militares buscaram incentivar a expansão do setor privado. Essa estratégia tinha o intuito de reduzir o papel do Estado nos serviços de saúde, e centralizar nas mãos da iniciativa privada, tornando limitado o acesso aos cuidados em saúde, e resultando em um sistema de saúde pública centralizado e deteriorado pelo setor privado.

Concentração de renda, perda do poder aquisitivo do salário-mínimo, aumento dos preços, crise nos serviços públicos de transporte e de saúde eram o preço pago por um modelo econômico que privilegiava o desenvolvimento a partir da concentração da riqueza. (Paiva; Teixeira, 2014, p. 18)

De acordo com Bravo (2009, p. 6), a ditadura significou para a totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os

setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. (Bravo, 2009, p. 8)

O movimento sanitário buscava o acesso aos serviços de saúde de forma mais íntegra para a população, com o objetivo de expandir os serviços e colocar a saúde pública como um direito, se livrando do modelo de interesses econômicos da iniciativa privada. Com isso, a política de saúde enfrentou desafios com relação às melhorias nos serviços em saúde, dificultando o acesso de uma parcela da população aos cuidados adequados.

Paiva e Teixeira (2014, p. 29), afirmam que no campo político, os anos 1970 marcam um momento de grande repressão, mas também originam iniciativas de distensão nos primeiros passos rumo à abertura democrática. Esse período de repressão impulsionou o processo das iniciativas de movimentos em busca de liberdade e conquista da democracia.

O sistema público de saúde universal, integral e gratuito, começou a ser construído com o processo de redemocratização do país e antes de sua criação pela Constituição de 1988 (Brasil, 2002, p. 7). Isso foi impulsionado pelo movimento que buscou superar as desigualdades no acesso à saúde, de modo que toda a população pudesse usufruir dos serviços como um princípio fundamental, independente de classe social.

A política de saúde desse período foi marcada por trajetória dual, representada de um lado pela saúde pública, direcionada para o controle de doenças específicas; e de outro pela assistência médica previdenciária, estruturada em bases corporativas, voltada para os trabalhadores do mercado formal urbano (Machado; Lima; Baptista, 2017).

Antes de 1988, o sistema de saúde pública do Brasil era responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que tinha a função de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários. (Souza, 2002, p. 11)

Desse modo, o sistema público de saúde atendia aos usuários que contribuíam para a Previdência Social, restando apenas as entidades filantrópicas e a caridade para atender a outra parcela da população. Assim, criou-se uma divisão na assistência à saúde, evidenciando uma lacuna significativa no sistema de saúde

brasileiro, que não oferecia cobertura universal, deixando muitos indivíduos sem acesso aos serviços básicos de saúde.

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com carteira assinada e seus dependentes. Ou seja, não tinha o caráter universal. Desta forma, o INAMPS aplicava nos estados, por meio de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existentes. (Souza, 2002, p. 12). Com o tempo, essa realidade impulsionou movimentos e discussões que culminaram na reformulação do sistema, buscando a inclusão de todos os cidadãos, independentemente de sua capacidade de contribuição financeira.

Segundo Bravo (2009, p. 8), a saúde na década de 1980, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos, para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (Bravo, 2009, p. 9).

De acordo com Machado, Lima e Baptista (2017), outras características do sistema de saúde até o início dos anos 1980 foram a exclusão de parcela expressiva da população, pouca efetividade do modelo de atenção e destaque do setor privado na prestação de serviços, subsidiado pelo Estado. Isto é, o sistema de saúde brasileiro apresentava limitações em relação à prestação de serviços e acesso pela população, o que demonstra o controle do setor privado na saúde pública.

Com isso, nasceu no Brasil, na década de 1970, o movimento da Reforma Sanitária, liderado por profissionais de saúde, com o objetivo de romper o modelo de saúde existente antes de 1988, que continha o acesso limitado a uma determinada

parcela da população e era focado somente na recuperação. Assim sendo, o propósito da Reforma Sanitária era conquistar a universalidade da atenção em saúde, a democratização no acesso à saúde e a integralidade, de forma que fosse colocado à saúde como um direito de todos.

O Projeto de Reforma Sanitária tem como preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. (Bravo; Matos, 2008, p.199). Dessa forma, buscou-se construir um sistema que promovesse o papel ativo do Estado, desempenhando a promoção e prevenção dos cuidados da população, assim como uma sociedade democrática.

Em vista disso, Bravo e Matos (2008), apontam que

O Projeto de Reforma Sanitária propõe uma relação diferenciada do Estado com a Sociedade, incentivando a presença de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, através de mecanismos como os Conselhos e Conferências de Saúde. Esses mecanismos constituem inovação fundamental na gestão da política de saúde. (Bravo; Matos, 2008, p. 199)

Ao incluir mecanismos como os Conselhos e Conferências de Saúde, assim como a participação ativa da sociedade, entende-se que há um papel fundamental para que seja assegurado às reais necessidades da população, além de contribuir para a formação de um sistema democrático, com responsabilidade na gestão pública em saúde e nos processos decisórios.

Nesse panorama, uma das conquistas mais marcantes da Reforma Sanitária foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS)¹, realizada em março de 1986, em Brasília, que contou com mais de cinco mil participantes, dentre a participação da sociedade civil. A Conferência marcou o início da discussão sobre a questão da saúde e buscou analisar o modelo de saúde vigente na época, tendo como discussão principal a saúde como direito de todos e dever do Estado; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor.

No relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi formulado o conceito de saúde ampliada, que diz respeito à alimentação, habitação, educação,

¹ A 8ª Conferência Nacional de Saúde é considerada um marco na história das conferências e para a saúde pública no Brasil, dado que foi a primeira Conferência Nacional de Saúde que contou com a participação da sociedade civil. Antes, as conferências eram intraministério, onde os debates se restringiam à presença de deputados, senadores e autoridades do setor. (Brasil, 2019).

renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde.

Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir:

- trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;
 - alimentação para todos, segundo as necessidades;
 - moradia higiênica e digna;
 - educação e informação plenas;
 - qualidade adequada do meio-ambiente
 - transporte seguro e acessível;
 - repouso, lazer e segurança;
 - participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;
 - direito à liberdade, à livre organização e expressão;
 - acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.
- (Brasil, 1986, p. 4-5)

Todos esses elementos contribuem para uma reformulação profunda do conceito tradicional de saúde, ampliando-o para além da mera ausência de doenças. A saúde passa a ser compreendida de forma integral, considerando os determinantes sociais que influenciam o bem-estar da população, como condições de trabalho, habitação, educação, renda e acesso a serviços básicos. Além disso, a 8ª CNS foi um dos momentos mais importantes na definição do Sistema Único de Saúde (SUS).

Concorda-se com Rosário, Baptista e Matta (2020), que a escolha de um local amplo para a realização da Conferência e a convocação de diferentes segmentos sociais foram utilizadas como estratégia de pressão social para que os acordos firmados fossem legitimados. Em 1987 foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), no período imediatamente anterior à promulgação da Constituição, que intensificou as iniciativas de descentralização e universalização e preparou a introdução do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição Federal de 1988 incorporou uma visão ampla de saúde, consolidando-a como um direito social fundamental e, simultaneamente, como dever do Estado. Esse entendimento reflete o marco conceitual construído pelo movimento sanitário, que lutou pela garantia de uma saúde universal, integral e equitativa. Essa concepção rompe com a lógica assistencialista e focalizada anteriormente predominante, assumindo uma perspectiva ampliada de saúde, que articula os determinantes sociais e reconhece o papel central das políticas públicas na promoção da garantia dos direitos da coletividade (Brasil, 2002, p. 7).

Em 1990 foi promulgada a Lei nº 8.080, Lei Orgânica da Saúde (LOS), que regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, e fez entrar em vigor “a saúde como direito de todos e dever do Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988. A Lei nº 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Os direitos assegurados pela Constituição e o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) propiciaram avanços nas décadas subsequentes em termos de descentralização político-administrativa, participação social, mudanças no modelo de atenção, expansão do acesso a serviços públicos e melhoria de indicadores de saúde (Machado, Lima, Baptista. 2017, p. 02)

Dentre os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), traçados no Art. 5º da Lei nº 8.080, cabe destacar:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (Brasil, art. 5º, 1990)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista da sociedade brasileira e foi criado com o firme propósito de promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população, tornando obrigatório e gratuito o atendimento a todos os indivíduos. Acerca dos princípios do SUS, a universalidade diz respeito à saúde como um direito de todas as pessoas e dever do Estado, previsto no Art. 196 da CF de 1988, devendo ser garantida à toda a população, independente de classe social, sexo, raça, cor, faixa etária etc. Para Rosário, Baptista e Matta (2020), o conceito de universalidade foi adotado como diretriz central da política de saúde.

A equidade refere-se ao acesso às ações e serviços de saúde de forma justa e em igualdade de condições. É centrado na redução das desigualdades sociais, buscando promover um atendimento adequado a partir da análise das condições dos usuários, de modo a oferecer um cuidado prioritário aos que estão em situação de pobreza. Já o princípio da integralidade, é pensar na saúde para além da doença, buscando ações de promoção, proteção e recuperação não compartimentalizadas. É não pensar somente na recuperação, mas investir na

promoção da saúde e na prevenção de doenças, considerando todas as necessidades dos cidadãos.

Dessa forma, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionou o acesso universal a todos os serviços de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente os cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde. (Brasil, 2011)

A Política de Saúde abrange uma visão integrada da saúde, considerando diversos aspectos que influenciam na saúde dos indivíduos, o que configura uma abordagem de saúde ampliada, que vai além do tratamento. No SUS, isso se traduz em iniciativas e serviços que levam em conta os fatores socioeconômicos dos usuários, visando promover a saúde de maneira integral. Portanto, o SUS, hoje se organiza em diferentes níveis de complexidade para garantir a prestação de serviço eficaz e abrangente aos usuários do sistema. Esses níveis são divididos em baixa, média e alta complexidade, desenvolvendo funções essenciais e complementares para os diversos atendimentos em saúde.

A baixa complexidade (atenção primária) no SUS, é considerada a porta de entrada do sistema, sendo fundamental na prevenção e promoção de doenças. Esse nível de atendimento oferece serviços como consultas, vacinação, exames, sendo eles oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), como atendimento básico e referência para os demais níveis de complexidade.

A média complexidade (atenção secundária), refere-se aos atendimentos intermediários em saúde, como consultas especializadas, prestados principalmente pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), ambulatórios e hospitais. É geralmente o acolhimento na atenção primária que encaminha, quando necessário, os pacientes para atenção especializada de média complexidade. (Brasil, 2022)

Na alta complexidade (atenção terciária), são oferecidos serviços que envolvem tratamentos intensivos, cirurgias mais complexas, transplantes e terapias. São procedimentos que demandam um atendimento avançado e especializado. Os especialistas da categoria estão aptos para tratar casos que não puderam ser atendidos na atenção primária ou na média complexidade da atenção especializada, por serem mais singulares ou complexos. (Brasil, 2022)

A organização dos níveis de complexidade no SUS se complementam e formam uma rede fundamental para garantir um atendimento de qualidade e

universal, desde os cuidados básicos até os mais avançados. No entanto, essa estrutura também enfrenta desafios quanto à infraestrutura e aos recursos destinados à prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde.

Em vista disso, outro marco importante na história da Política de Saúde brasileira foi a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990², que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é de responsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, que, por meio de órgãos gestores, utilizam vários instrumentos de gestão, objetivando garantir e aperfeiçoar o funcionamento do sistema de saúde³. (Brasil, 2002, p. 5)

Portanto, os gestores do SUS são fundamentais para garantir o funcionamento eficiente do sistema, bem como, para oferecer serviços de saúde em todos os níveis de atenção, de forma igualitária aos usuários, eliminando barreiras no acesso ao atendimento em saúde. Além disso, é importante a participação ativa da população nas decisões sobre a Política de Saúde, juntamente com os gestores.

Para consolidar esse modelo de saúde, em 2009, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Esta Carta traz princípios fundamentais de cidadania. Juntos, eles asseguram às pessoas o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados. Dentre eles:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.

² O Art. 1º da Lei nº 8.142 aponta que o Sistema Único de Saúde (SUS), contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde.

³ O Ministério da Saúde é o gestor nacional do SUS, que formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. A Secretaria Estadual de Saúde 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. A Secretaria Municipal de Saúde planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde. (Brasil, 2011)

6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos. (Brasil, 2011, p 3-4)

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde é considerada um documento fundamental para a garantia dos princípios de universalidade, equidade e integralidade, pautados pelo SUS. Ademais, é uma forma de orientar os usuários quanto aos seus direitos na área da saúde, de modo que possam ter acesso a serviços de qualidade, de forma integral e com eficácia.

Contudo, durante a segunda metade dos anos 1990, o projeto de saúde privatista já havia se instaurado. Sua implantação impactou diretamente na área da saúde, com a descentralização na gestão dos serviços de saúde e crescimento do setor privado. Esse projeto reduziu o papel do Estado na garantia dos direitos à saúde e articulou o sistema de saúde ao mercado, gerando uma participação das organizações privadas na prestação de serviços.

Na conjuntura da Política de Saúde nos anos 1990, observa-se um redirecionamento significativo do papel do Estado, fortemente influenciado pelas diretrizes da política de ajuste neoliberal. Esse contexto marcou a inflexão das conquistas sociais da década de 1980, especialmente aquelas relacionadas à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto política pública universal, integral e equânime.

Sob a lógica neoliberal, a saúde passou a ser progressivamente subordinada às dinâmicas de mercado, promovendo a mercantilização dos serviços e deslocando a responsabilidade pela gestão e financiamento do setor para a sociedade civil. Esse movimento resulta em uma transferência dos custos da crise econômica para as camadas populares, fragilizando os direitos sociais e aprofundando as desigualdades no acesso à saúde.

O Projeto de Saúde articulado ao mercado ou de reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na política de ajuste neoliberal que tem como principais tendências: a contenção dos gastos com racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização. (Bravo; Matos, 2008, p. 200)

Desse modo, o Projeto de Reforma Sanitária enfrentou, ao longo dos anos 1990, uma conjuntura marcada pela disputa entre o projeto privatista, alinhado às diretrizes neoliberais. O movimento de Reforma Sanitária desempenhou um papel

estratégico, organizando-se de forma ampla e articulada para resistir às tendências privatizantes que comprometem a saúde enquanto direito social.

Essas mudanças impactaram também os profissionais de saúde, devido às condições de trabalho e aos modelos de gestão presentes nos anos 1990, que foram marcados pela focalização dos serviços, gerando uma necessidade de adaptação a um modelo de saúde descentralizado e com condições de trabalho inadequadas, com destaque para a estrutura e o financiamento dos serviços.

O Projeto de Reforma Sanitária, que foi base para a construção do SUS, ainda resiste e vive na Política de Saúde contemporânea, porém, enfrenta desafios significativos em meio à crescente privatização na saúde. Apesar disso, o movimento sanitário e diversas organizações como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), seguem atuando ativamente na defesa do SUS e na promoção de políticas públicas que fortaleçam o direito à saúde nos dias atuais.

O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta obstáculos em relação à gestão eficiente da saúde pública, que devem ser superados por meio de estratégias que promovam melhores investimentos, maior integração entre os níveis de complexidade, capacitação dos profissionais e infraestrutura adequada para oferecer uma Política de Saúde de qualidade a todos os brasileiros. Contudo, esses obstáculos são impactados pelos novos modelos de gestão em saúde. É o que veremos a seguir.

2.2 Novos modelos de gestão e a mercantilização da saúde no Brasil

A saúde é um bem essencial e universal, indispensável para a qualidade de vida de todos os indivíduos, incluindo os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, sua gestão tem sido progressivamente influenciada por modelos de mercado, marcados pela mercantilização dos serviços e uma crescente tendência à privatização. Esse movimento promove a lógica do lucro em detrimento do direito à saúde, agravando as desigualdades sociais e gerando disparidades no acesso a serviços essenciais. Tal cenário representa uma ameaça aos princípios

constitucionais que fundamentam o SUS, como a universalidade, a equidade e a integralidade.

Durante a década de 1990, o Brasil passou por reformas estruturais, com a ampliação de programas de privatização e mercantilização de empresas estatais, com o discurso de aumentar a eficiência econômica. Com isso, foram implementadas diversas reformas com intuito de modernizar a economia, na qual acarretou em uma redução do papel do Estado na garantia dos direitos sociais, como citado anteriormente.

A adoção de políticas neoliberais visava a promoção da competitividade no país dentro do contexto econômico, e trouxe consigo desafios significativos, especialmente no que tange à manutenção dos direitos sociais. A diminuição da presença estatal em setores como a saúde, resultou em debates sobre a melhor forma de equilibrar a eficiência econômica com os direitos sociais.

Como afirma Pereira (2004, p. 366), a década de 1990 é marcada pelo desenvolvimento do projeto de contrarreforma do Estado, com a gestão da força de trabalho em saúde por meio de estratégia de terceirização. Ou seja, isso resultou na mudança nas relações de trabalho em saúde, visando aumentar a flexibilização e reduzir os custos. Isso apresenta uma série de desafios para a qualidade dos serviços prestados para os usuários, assim como para a precarização das condições de trabalho dos profissionais.

A avaliação de ineficácia e baixa qualidade dos serviços do SUS é o argumento para a terceirização e privatização do sistema de saúde pública nacional. O Estado transfere não só suas competências para entes privados, mas também os bens, serviços, patrimônio, recursos humanos, e Fundo Público, os quais serão administrados e alocados conforme os interesses privados em detrimento do coletivo, colocando em segundo plano as diretrizes e princípios do SUS. (Amorim, 2017, p. 51)

Dessa maneira, a terceirização na área da saúde pública se refere ao processo de serviços que tradicionalmente seriam realizados por entidades públicas, sendo executados por empresas privadas. Isso inclui serviços como a administração hospitalar, limpeza, segurança, alimentação, até áreas mais especializadas, como determinados setores de um hospital.

Uma das estratégias de terceirização implementadas no contexto da perspectiva neoliberal dos anos 1990 foi a criação das Organizações Sociais de Saúde (OSSs), regulamentadas pela Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Essas organizações foram concebidas como parcerias entre o Estado e entidades privadas

sem fins lucrativos para a prestação de serviços públicos essenciais, configurando um novo modelo de gestão dos serviços. Contudo, a adoção desse modelo suscitou debates sobre a responsabilidade do Estado na garantia de direitos sociais e os possíveis impactos na universalidade e qualidade dos serviços de saúde oferecidos⁴.

Nesse contexto, as Organizações Sociais de Saúde (OSSs) assumem um papel central na reconfiguração da gestão da saúde pública, mediando a relação entre o Estado e a sociedade civil. Amparadas por um discurso que privilegia a flexibilização administrativa, a inovação na prestação de serviços e a suposta eficiência na resposta às demandas emergentes do setor, as OSSs operam por meio de contratos de gestão. Esses contratos delineiam metas e responsabilidades, mas frequentemente levantam questionamentos sobre a transparência, o controle público e a potencial fragilização do caráter universal e equitativo do Sistema Único de Saúde (SUS).

[..] por meio de contrato de gestão com o poder público, recebem dinheiro público para a execução de serviços, ou seja, o poder público repassa a responsabilidade de executar os serviços ditos 'essenciais' para entidades de direito privado, podendo estas contratar funcionários sem concursos públicos, obter bens e serviços com dispensa de licitação e sem obrigatoriedade de prestação de contas com a administração pública. (Neulls, 2016, p. 122)

Portanto, a lógica de mercado das OSSs entram em conflito com os princípios da universalidade e equidade do SUS, pois representam uma forma de privatização disfarçada na gestão da saúde pública no Brasil, levando a uma decadência na qualidade dos serviços prestados à população.

⁴ Segundo o Art. 2º da Lei nº 9.637/98, os requisitos específicos para que as entidades privadas habilitem-se à qualificação como organização social são: I - comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre: a) natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação; b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade c) previsão expressa de a entidade ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, a d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes do Poder Público e de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral; e) composição e atribuições da diretoria; f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial da União, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão; g) no caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto; h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade; i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito da União, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, na proporção dos recursos e bens por estes alocados. (Brasil, 1998)

Essa abordagem expõe uma série de barreiras no cotidiano da saúde pública, abrangendo desde o acesso aos serviços básicos, como consultas, exames e cirurgias, até questões estruturais relacionadas às condições de trabalho e à forma de ingresso dos profissionais de saúde nos hospitais administrados por esse modelo de gestão. A lógica gerencial das OSSs frequentemente prioriza metas quantitativas e redução de custos, o que pode comprometer a qualidade do atendimento e precarizar os vínculos trabalhistas. Além disso, a falta de concursos públicos para a contratação de profissionais em unidades geridas por esse modelo, enfraquece a estabilidade e a valorização dos trabalhadores da saúde, refletindo diretamente na continuidade e na eficácia do cuidado prestado à população.

Na área da saúde pública, as parcerias público-privadas se instauram com o discurso de eficiência na gestão, melhoria na infraestrutura e na prestação dos serviços de saúde. Entretanto, essas parcerias apresentam desafios no que diz respeito à responsabilidade pelas mãos do setor privado, que tem o objetivo de maximizar os lucros, o que pode comprometer a universalidade do sistema público de saúde.

Quando empresas privadas, mesmo qualificadas como de interesse público e sem fins lucrativos, começam a executar serviços antes privativos do Estado, como a saúde, extinguindo órgãos e empresas públicas captando para si as suas atividades, chocam-se diretamente com os princípios e regras da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde que regem a promoção do direito à saúde via Sistema Único de Saúde. (Neulls, 2016, p. 123)

Nessa perspectiva, em 23 de março de 1999, foi instaurada a Lei nº 9.790, que qualifica como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) as pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos. A OSCIP é uma entidade que pode ser financiada tanto pelo Estado, quanto pela iniciativa privada (sem fins lucrativos). Ou seja, são organizações típicas do dito terceiro setor que fazem acordo com os órgãos governamentais por meio do Termo de Parceria, e desempenham um papel em áreas de interesse público, como saúde, educação, meio ambiente, cultura e assistência social, oferecendo serviços, programas e projetos para a população com novas abordagens.

Segundo Amorim (2017, p. 59) as OSSs, OSCIPs e as Fundações Estatais, “são diferentes na forma/aparência, contudo, apresentam o mesmo

conteúdo/essência: a desresponsabilização do Estado e a privatização das políticas sociais, tomadas como espaços para acumulação de capital”.

Uma outra forma de gestão foi instituída em junho de 2007 e regulamentada pela Lei Complementar nº 92/2007, proposta com o objetivo de definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público, que:

Poderá, mediante lei específica, ser instituída ou autorizada a instituição de fundação sem fins lucrativos, integrante da administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito público ou privado, nesse último caso, para o desempenho de atividade estatal que não seja exclusiva de Estado, nas seguintes áreas:

I - saúde;

II - assistência social;

III - cultura;

IV - desporto;

V - ciência e tecnologia;

VI - meio ambiente;

VII - previdência complementar do servidor público, de que trata o art. 40, §§ 14 e 15, da Constituição;

VIII - comunicação social; e

IX - promoção do turismo nacional.” (Brasil, 2007, art. 1º)

Embora a lei tenha a proposta de ampliar a atuação das fundações sem fins lucrativos, ela também levanta questões a respeito da transparência na prestação dos serviços públicos, que podem ser comprometidos. De acordo com Neulls (2016), a Lei Complementar entende a gestão dos Hospitais Universitários Federais inseridos na área da saúde, que podem ser geridos por tais Fundações, desde que aprovada em Conselho Universitário. Além do mais, afirma que o Governo Federal utilizou a justificativa de que os Hospitais Universitários estariam passando por uma crise com má distribuição de recursos, por isso a alteração no modelo de gestão desses hospitais.

Serviços públicos administrados sob a lógica de Empresa Privada, a qual tem por finalidade o lucro, vai na contramão da construção de um sistema de seguridade social universal que viabilize o bem-estar da maioria da população e que atinge sobretudo os trabalhadores. Colocar as políticas sociais como mercadoria fere o caráter universal dessas políticas uma vez que no mercado apenas os que logram vender sua força de trabalho poderão ter acesso, aos demais resta as ações oriundas das políticas estatais. (Amorim, 2017, p. 57)

Assim, é possível notar que a administração de serviços públicos por meio de empresas privadas desafia a concepção das políticas universais e equitativas, principalmente na área da saúde, onde a qualidade e eficiência na prestação de

serviços à população devem ser priorizadas. Assim, a mercantilização das políticas sociais faz com que o direito fundamental seja visto como um “privilégio”.

Com base nisso, no dia 27 de janeiro de 2010, o Governo Federal instituiu a proposta do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF), através do decreto de nº 7.082, que “dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais”. (Brasil, 2010)

O REHUF foi um processo que visou criar condições materiais e institucionais dos hospitais universitários federais. O objetivo central era que essas instituições desempenhassem plenamente suas funções nas áreas de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde. (Brasil, 2010, art. 2º). Isso inclui as mudanças nos processos de gestão dos hospitais.

A visão era que a atuação fosse centrada na relação entre o ensino superior e o atendimento nos serviços de saúde, tornando essas instituições como referências em ensino, pesquisa e extensão, tendo como objetivos específicos:

- I - atender às necessidades do ensino de graduação na área da saúde, em especial em relação à oferta de internato nos cursos de Medicina e estágios curriculares supervisionados para os demais cursos, conforme previsão nas diretrizes curriculares nacionais e no projeto pedagógico de cada curso;
- II - desenvolver programas de pós-graduação **stricto sensu e lato sensu**, voltados à formação de docentes e pesquisadores em saúde familiarizados com a ótica dos serviços de atenção especializada ofertados e a gestão em saúde;
- III - definir a oferta anual de vagas dos programas de residência médica, de modo a favorecer a formação de médicos especialistas nas áreas prioritárias para o SUS, segundo indicadores estabelecidos pelos Ministérios da Educação e da Saúde;
- IV - implementar a residência multiprofissional nas áreas estratégicas para o SUS, estimulando o trabalho em equipe multiprofissional e contribuindo para a qualificação dos recursos humanos especializados, de forma a garantir assistência integral à saúde; e
- V - estimular o desenvolvimento de linhas de pesquisa de interesse do SUS, em conformidade com o perfil epidemiológico local e regional e as diretrizes nacionais para pesquisa em saúde, com foco na busca de novas tecnologias para o cuidado e a gestão em saúde. (Brasil, 2010, art. 2º)

Diante da implantação desses objetivos específicos, o REHUF visou promover uma cultura voltada para a inovação e pesquisa aplicada, além da formação de profissionais qualificados. Porém, o REHUF não se aprimorou para cumprir com eficiência a função de ensino, pesquisa e assistência à saúde. Neulls (2016, p. 133) aponta que o REHUF não trazia em si uma forma definida de como se

daria o processo de reestruturação dos HUs federais, gerando frustrações após sua regulamentação.

Nesse contexto, em 15 de dezembro de 2011 foi criada pelo Governo Federal a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), por meio da Lei nº 12.550, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação. (Brasil, 2011, art. 1º).

Segundo Neulls (2016), “a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares surge como resposta à crise enfrentada pelos hospitais universitários brasileiros, pondo a responsabilidade na ineficiência da gestão dos mesmos”. No entanto, a empresa EBSERH desempenha um papel no processo de modificação dos modelos de gestão na Política de Saúde brasileira, sendo instaurada com as seguintes competências:

- I - administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, no âmbito do SUS;
- II - prestar às instituições federais de ensino superior e a outras instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, mediante as condições que forem fixadas em seu estatuto social;
- III - apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa de instituições federais de ensino superior e de outras instituições congêneres, cuja vinculação com o campo da saúde pública ou com outros aspectos da sua atividade torne necessária essa cooperação, em especial na implementação das residências médica, multiprofissional e em área profissional da saúde, nas especialidades e regiões estratégicas para o SUS;
- IV - prestar serviços de apoio à geração do conhecimento em pesquisas básicas, clínicas e aplicadas nos hospitais universitários federais e a outras instituições congêneres;
- V - prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições congêneres, com implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas; e
- VI - exercer outras atividades inerentes às suas finalidades, nos termos do seu estatuto social. (Brasil, 2011, art. 4)

Ao longo dos anos, a EBSERH se apresenta como uma empresa voltada à melhoria da gestão hospitalar. No entanto, sua atuação na administração dos hospitais universitários federais gerou preocupações quanto aos impactos no ensino e na pesquisa em saúde pública no Brasil. Conforme Neulls (2016), a EBSERH é inconstitucional por promover a terceirização de atividades essenciais do Estado, como saúde e educação, delegando a terceiros responsabilidades que deveriam ser assumidas diretamente pelo poder público.

Os HUs são considerados campos fundamentais para a tríade do ensino, pesquisa e extensão. Nesses campos são garantidos a formação prática de profissionais das áreas de Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Nutrição, Farmácia, Psicologia, entre outras. Conforme Silveira e Rodrigues (2018, p. 14), os HUs prestam serviços de média e alta complexidade, mas ao serem geridos por uma empresa que segue a lógica mercadológica, seu direcionamento pode se dar pelo interesse de reduzir custos, o que reforçaria o caráter curativo da medicina.

Apesar do discurso de ser uma empresa pública, os termos de seu estatuto deixam claros os sérios riscos que esta representa aos Hospitais Universitários e à saúde pública, por inúmeros motivos, a destacar: terceiriza a administração; utiliza a lógica de mercado para o atendimento dos usuários, para o ensino e a pesquisa; desvincula os HUs das universidades; reduz o controle social; possibilita a consolidação da porta dupla de entrada, dentre outros. (Silveira; Rodrigues, 2018, p. 4)

Com isso, a implementação de empresas privadas para gerir os HUs, conforme Amorim (2017, p. 63), “além de converter as atividades de ensino, pesquisa e assistência em atividade econômica, modifica-se a lógica de financiamento, que passa a ter agressivamente o mercado como seu pêndulo”. Para Silveira e Rodrigues (2018, p. 3-4), é uma privatização com características diferentes das tradicionais, pois não se trata da venda do patrimônio público, mas do uso de recursos públicos para o atendimento de interesses privados.

Atualmente, a rede EBSEERH administra 45 Hospitais Universitários Federais em todo o Brasil (Brasil, 2024). Apesar de ser uma empresa pública, a EBSEERH é regida pelo direito privado, o que leva a terceirização administrativa dos HUs, a precarização do vínculo trabalhista, desvincula os hospitais universitários das universidades e reduz o controle social. (Neulls, 2016, p. 137)

Além disso, a gestão centralizada pela EBSEERH compromete a autonomia universitária na tomada de decisões sobre a administração dos hospitais. Para Amorim (2017), a autonomia universitária é conspurcada à medida que se lhe retira do campo de decisão a matéria de contratação e de coordenação, avaliação e execução das atividades no interior dos HUs.

De acordo com Campos e Lemos (2021), é possível afirmar que:

O modelo de gestão imposto pela EBSEERH, portanto, alija trabalhadores e usuários dos espaços de decisão e reforçam a hegemonia do modelo de atenção biomédica, hierarquizada e antidemocrática. Os HUs geridos por essa lógica privatista neoliberal podem progressivamente distanciarem-se das demais políticas do Sistema de Seguridade Social, o que implica

fragilização da integralidade em âmbito macro, e enfraquecimento, senão total perda da participação dos trabalhadores e usuários nos espaços de decisão, impossibilitando a gestão participativa e o controle social. (Campos; Lemos, 2021, p. 10)

No Maranhão, o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) é administrado pela empresa EBSEH e conta com duas unidades hospitalares, a unidade Presidente Dutra e o Materno Infantil⁵. O HUUFMA tem por finalidade reunir ensino, pesquisa e extensão na área da saúde e afins, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação. (Brasil, 2022). Contudo, concordamos com Silveira e Rodrigues (2018) ao afirmarem que a EBSEH

[...] fere os princípios do SUS, uma vez que a assistência à saúde, enquanto direito da população e dever do Estado, passa a ser cerceado; impede a efetivação da descentralização; hierarquização; integralidade; regionalização e reduz a participação social, aprofundando a privatização e a mercantilização da saúde pública. (Silveira; Rodrigues, 2018, p. 1)

Esses problemas acarretados pela gestão por cunho privado, resultam em uma degradação dos serviços e das condições de trabalho dos profissionais da saúde, pois

[...] os trabalhadores-usuários também são lesados visto que os serviços sociais de responsabilidade do Estado são entregues nas mãos de entes privados, não se trata apenas do direito à saúde, inclui o acesso à uma educação pública de qualidade e socialmente referendada onde os interesses coletivos devem ser norteados para a produção e democratização do conhecimento. (Amorim, 2017, p. 65)

Assim, os novos modelos de gestão da saúde, embutidos no contexto de privatização, podem comprometer os princípios do SUS, destacando a equidade no acesso à saúde que, pelo poder aquisitivo, pode ser considerado um fator que determina a qualidade dos serviços prestados à população. Com isso, a privatização do sistema traz a ideia de mercantilizar o direito humano à saúde, conquistado através de lutas e resistência ao longo dos anos.

Até aqui é possível afirmar que o SUS ampliou significativamente o acesso aos cuidados de saúde para uma grande parte da população brasileira, alcançando cobertura universal em vacinação e assistência pré-natal, para citar alguns

⁵ Em 2013 a UFMA assinou contrato com a rede EBSEH, que passou a gerir o HUUFMA, hospital vinculado à rede de ensino superior. Segundo Amorim (2017), no que diz respeito à gestão dos recursos financeiros, humanos e físicos, o HU-UFMA passou por um processo de subfinanciamento e falta de planejamento que desenhou um quadro marcado pela precarização e sucateamento dos serviços e da estrutura física.

exemplos. Além disso, promoveu a conscientização da população sobre o direito à saúde como um aspecto fundamental da cidadania e investiu na formação de recursos humanos e na tecnologia em saúde, incluindo a produção da maioria dos insumos e produtos farmacêuticos do país. No entanto, o SUS ainda é um sistema em desenvolvimento que enfrenta desafios para garantir uma cobertura universal e equitativa.

Com o aumento da participação do setor privado no mercado de saúde, as interações entre os setores público e privado têm gerado contradições e competição desleal, resultando em objetivos opostos, como o projeto da Reforma Sanitária e o Projeto do Mercado que impactam negativamente a equidade, o acesso aos serviços de saúde e as condições de saúde da população. Esses são alguns dos desafios postos ao SUS no século atual.

2.3 Desafios da Política de Saúde brasileira no século XXI

Atualmente, todos os brasileiros utilizam, utilizaram ou utilizarão os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que está presente em praticamente tudo da nossa rotina, como na vacinação do posto de saúde; na água potável que utilizamos; na vigilância do agente comunitário; na vigilância sanitária que fiscaliza o açougue, ou supermercado e o restaurante; na academia, na pracinha, na ambulância do SAMU, nas consultas e exames; nas ofertas de medicamentos e outros. (Brasil, 2021)

Com 35 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), foi gerado uma série de conquistas significativas ao longo dos anos. Desde a sua criação, o SUS oferece um serviço universal e integral à população usuária dos serviços de saúde, como ser referência em transplantes, programas de vacina mais eficazes, controlando doenças e surtos como a febre amarela e sarampo, além de oferecer tratamento gratuito para HIV e AIDS, que tiveram diagnósticos crescentes ao longo dos anos.

A construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais para efetivação na agenda contemporânea da Política de Saúde, como exemplo: a desigualdade de acesso da

população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. (CFESS, 2010, p. 21)

Conforme Menezes (2011, p. 3), a política de saúde na década de 1990 expressou tensões entre a pauta da Reforma Sanitária e a agenda neoliberal. Dentre as conquistas importantes, destacam-se as mudanças político-institucionais, a unificação de um comando único para a política nacional de saúde no âmbito do Ministério da Saúde - em contraste com a histórica trajetória fragmentada - e a construção de um arcabouço que fundamenta o SUS, representando a lógica federativa. Além disso, houve a inclusão de diretrizes de participação social para efetivar o controle social das políticas públicas.

Para Salvador, Terra e Arêas (2015), os governos brasileiros seguem a orientação neoliberal na condução da política econômica desde a década de 1990. No campo da política social observa-se perdas em termos de direito e participação popular, pois esses governos passam a atuar por meio de medidas provisórias a fim de promover reformas constitucionais.

Observa-se que desde os anos 1990, o Brasil sofre impactos pertinentes do neoliberalismo, que foi instaurado no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), e teve como característica o Estado mínimo para o social e máximo para o capital, com ênfase na privatização, tendo as empresas e serviços públicos transferidos para o setor privado, com o objetivo de reduzir custos, além de várias mudanças nas leis trabalhistas, o que gerou aspectos negativos para os trabalhadores.

As propostas neoliberais, mais especificamente para política de saúde, consistem na focalização, privatização, estímulo aos seguros privados, atendimento básico à população que não pode pagar, dentre outros. Ou seja, uma concepção individualista e fragmentada da saúde em contraposição à concepção coletiva e universal do Projeto da Reforma Sanitária. (Salvador; Terra; Arêas, 2015, p. 6)

Nesse sentido, segundo Bravo e Menezes (2011, p.15), a gestão de Fernando Henrique Cardoso encolheu o espaço público democrático dos direitos sociais e ampliou o espaço privado, não só nas atividades ligadas à produção econômica, mas também no campo dos direitos sociais conquistados. Foi uma gestão que trouxe o aumento das desigualdades sociais e a precarização dos serviços públicos.

Essas políticas neoliberais resultaram na desregulamentação e crise na área da saúde da pública, onde houve a mercantilização dos serviços. Isso gerou a desigualdade de acesso aos serviços em saúde, precarização nas condições de trabalho e terceirização do setor público, visto que, grande parte destes eram prestados pelo setor privado. Por isso, a gestão FHC tinha o objetivo de alinhar o país às tendências globais de mercado.

Com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva em 2003, acreditava-se que o Brasil inauguraria um novo momento histórico, no qual as políticas de ajuste seriam enfrentadas. Embora não se esperassem transformações profundas, devido aos acordos previamente estabelecidos, havia expectativas em relação às políticas sociais e à participação social. (Bravo; Menezes, 2011, p. 16)

Durante o primeiro mandato de Lula (2003-2007), a política de saúde foi apresentada como um direito fundamental, explicitando-se o compromisso de garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde. No entanto, havia a expectativa de que o governo fortalecesse o Projeto de Reforma Sanitária na área da saúde. (Bravo; Menezes, 2011, p. 17)

Em 2003, durante o governo Lula, foi criada uma importante conquista para a saúde pública: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em resposta à necessidade de um sistema eficaz de atendimento a urgências no Brasil. O SAMU oferece atendimento móvel em situações de urgência e emergência, garantindo assistência imediata. Desde sua criação, consolidou-se como um serviço essencial dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

O governo ampliou o acesso aos serviços de saúde por meio da implementação de programas e políticas que beneficiaram a população. Apesar de alguns avanços, o fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária não ocorreu como esperado. A gestão do sistema de saúde enfrentou desafios relacionados ao investimento e à infraestrutura nos diferentes níveis de atenção.

O governo Lula apresentou aspectos de continuidade da política de saúde dos anos 1990 com ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social (Bravo, 2009, p. 18).

A não viabilização da concepção de Seguridade Social torna-se evidente na ausência de menção à articulação necessária entre as políticas de assistência social e previdência social. A questão do desfinanciamento é a mais grave, pois está

diretamente ligada ao gasto social do governo e é determinante para a manutenção da política social, além de contribuir para a precarização e a terceirização dos recursos humanos. (Bravo, 2009, p. 19)

De acordo com Bravo e Matos (2006, p. 15-16), durante o governo Lula, a política macroeconômica foi mantida e as políticas sociais permanecem fragmentadas e subordinadas à lógica econômica, apesar da contradição do governo em ora tentar fortalecer o Projeto de Reforma Sanitária ora manteve o projeto articulado ao mercado ou privatista. Por um lado, buscava iniciativas que contribuíssem com a qualidade e ampliação dos serviços em saúde pública, visando fortalecer o SUS e promover os princípios do mesmo. Por outro lado, atraía investimentos que favorecessem o setor privado e a terceirização dos serviços, que gerou um cenário de retrocessos na implementação do Projeto de Reforma Sanitária.⁶

No segundo mandato de Lula (2008-2011), houve uma proposta das Fundações Públicas de Direito Privado. Essa proposta descaracteriza o SUS Constitucional nos seus princípios fundamentais e todas as proposições que o Movimento Popular pela Saúde e o Movimento de Reforma Sanitária sonharam construir em suas lutas desde meados dos anos setenta. (Bravo; Menezes, 2011, p. 21). Isso refletiu na mudança da estrutura do SUS e nos indícios para a privatização da saúde pública, como já apontado anteriormente.

Nesse sentido, no campo da política de saúde no governo Dilma Rousseff, a então presidente viabilizou e fortaleceu a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). (Bravo; Andreazzi, 2019). Por manter uma lógica de mercado, essa estratégia de terceirização impactou na prestação dos serviços em saúde, assim como trouxe desafios para os profissionais do SUS⁷.

As iniciativas deste governo facilitavam os investimentos privados no sistema de saúde pública, com o discurso de melhorar a qualidade do sistema e abrindo o caminho para a terceirização. Essas propostas comprometeram os serviços prestados pelo SUS, e resultaram na desigualdade de acesso da população

⁶ Como exemplo de focalização, Bravo (2009, p.18) destaca a centralidade do Programa Saúde da Família, para que se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes.

⁷ Quando da campanha para o primeiro mandato de Dilma Rousseff, organizações do setor privado da saúde procuraram defender suas propostas, empatando, inclusive, aportes financeiros. Todas as propostas eram destinadas a ampliar o uso de fundos públicos para o setor e desregulamentá-lo. (Bravo; Andreazzi, 2019, p. 424)

e no enfraquecimento do sistema pela maior participação da iniciativa privada, que desregulamenta a saúde pública.

Para Bravo e Andreazzi (2019), o papel protagonista do setor privado na formulação e condução da política de saúde no Brasil, já existe durante a política dos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), ficam mais claras com o advento do governo de Michel Temer. Houve uma maior influência do setor privado nas estratégias de saúde e ênfase nas parcerias público-privadas.

Segundo Silva, Santos e Correia (2021), o governo neoliberal de Michel Temer (2016), dá continuidade ao projeto privatista na Política de Saúde, intensificando as privatizações e destruindo a proposta inicial do Projeto de Reforma Sanitária. Além disso, o Governo Temer seguiu priorizando o projeto do capital na sociedade brasileira, que materializa-se através da mercantilização da saúde, dos recursos necessários para a reprodução social e da vida como um todo.

O governo Temer consiste na restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional. (Bravo; Pelaez, 2018. p. 5)

A percepção de que o governo Temer priorizava o setor privado em detrimento do público gerou uma série de críticas e descontentamento da população, que se organizou através de manifestações e protestos contra o presidente da república, e contra as medidas que enfraqueceram o Sistema Único de Saúde (SUS). A maioria da população brasileira demonstrou-se insatisfeita e prejudicada com relação ao acesso aos serviços de saúde e outros direitos sociais.

Durante o governo Temer, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 95/2016 ou Emenda do Teto de Gastos, que previu o congelamento de gastos por 20 anos em áreas como saúde, educação, cultura etc. Tal medida limita o investimento nessas áreas, permitindo que os gastos sejam ajudados somente pela inflação. Na saúde, essa Emenda compromete a acessibilidade aos serviços públicos e não condiz com os princípios dos SUS, pois a limitação nos recursos, nos medicamentos, na infraestrutura e na contratação de profissionais em saúde, afetaram diretamente o sistema.

O Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de ser um modelo com princípios de integralidade, universalidade e equidade, enfrenta algumas questões nos dias atuais, como a insuficiência de recursos necessários para atender às demandas da

população, a infraestrutura inadequada com a falta de equipamentos e medicamentos, além da ausência de um local adequado para os profissionais de saúde, bem como para os usuários do sistema.

Na saúde o que se observa, além do sucateamento e da falta de investimentos na rede de atendimento, é o acesso universal cada vez mais restrito à população mais pobre e a invasão dos serviços terceirizados acompanhado da carência de funcionários públicos no quadro de recursos humanos. (Salvador; Terra; Arêas, 2015, p. 7)

Esses aspectos somados à precarização das condições de trabalho evidenciam ainda mais o comprometimento na eficiência dos serviços prestados e demonstram a necessidade da prioridade às políticas públicas que prevaleçam os investimentos na saúde pública, garantindo um sistema com qualidade para os usuários e profissionais de saúde.

A pandemia da COVID-19 escancarou o desmonte das políticas públicas de saúde no Brasil. Iniciada no final do ano de 2019 e decretada em março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a pandemia da COVID-19 foi uma crise mundial de saúde causada por um vírus denominado SARS-CoV-2 C (Coronavírus) que afetou a vida de diversas pessoas do mundo e trouxe impactos sociais, econômicos, políticos e culturais na sociedade brasileira.

Além disso, a pandemia da COVID-19 evidenciou o negacionismo presente no governo de Jair Messias Bolsonaro (2019-2022), que se posicionou com diversas críticas ao contexto pandêmico e ao vírus em si, tratando de forma a minimizar os riscos diante do cenário de precariedade na saúde, como se o coronavírus fosse uma doença “leve”, que não oferecesse gravidade para os indivíduos que adquirissem.

Jair Bolsonaro promoveu tratamentos sem comprovações científicas, atrasou a aceitação das campanhas de vacinação para o país, e discursou contra o isolamento social, incentivando a população a não se privarem de ir às ruas, aos seus trabalhos e lazer. Essa abordagem gerou descontentamento de grande parte da população, que se opôs contra as estratégias do presidente.

Diante disso, o Sistema Único de Saúde (SUS) implementou medidas significativas para lidar com a crise existente no país. No entanto, a gestão governamental foi negligente na gestão da saúde nesse período, especialmente no que diz respeito ao atraso na aquisição de vacinas, o que trouxe consequências diretas para o controle da pandemia.

Ainda assim, em comparação com muitos países, o Brasil destacou-se pela abrangência e eficiência de sua campanha de vacinação, reflexo da capilaridade e estrutura do SUS. Além disso, o sistema público de saúde foi essencial na expansão de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para atender à crescente demanda decorrente do agravamento dos casos de COVID-19, demonstrando sua capacidade de resposta em situações emergenciais e reforçando sua importância como pilar essencial da saúde pública no país.

Nesse contexto, o governo Bolsonaro, mesmo marcado por um discurso negacionista exacerbado em relação à pandemia e seus impactos, foi pressionado a adotar medidas para mitigar os agravos na saúde e na economia do país. Uma dessas ações foi a aprovação da Lei nº 13.982/20, que instituiu o auxílio emergencial como resposta à crise. O benefício, no valor de R\$ 600,00, foi destinado a trabalhadores autônomos, informais e desempregados com mais de 18 anos (com exceção de mães adolescentes), podendo alcançar R\$ 1.200,00 em famílias monoparentais chefiadas por mulheres. O auxílio era limitado a dois beneficiários por família e foi essencial para diminuir os efeitos econômicos e sociais da crise para as populações mais pobres. Contudo, a medida, de caráter transitório, também gerou debates sobre a sustentabilidade fiscal e a insuficiência de políticas públicas estruturais para combater as desigualdades aprofundadas pela crise.

De acordo com Matos (2021), o governo federal fez o possível para impedir a criação do benefício emergencial, reafirmando que a economia é mais importante que a vida. Isso destaca a postura negacionista que o governo Bolsonaro obteve e foi amplamente criticado, por minimizar a gravidade da pandemia e colocar a recuperação econômica como foco principal em meio a uma crise sanitária.

Conforme Mendes, Carnut e Melo (2023, p. 2), “é no contexto de dificuldades com as quais o capital se depara para superar sua crise de longa depressão que o neofascismo de Bolsonaro encontra terreno fértil para germinar”. O governo de Jair Bolsonaro foi marcado por uma série de posturas, ações e discursos que demonstraram o neofascismo presente no governo, que se tornaram ainda mais evidentes durante a pandemia da COVID-19.

No início da pandemia, o Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, adotou uma postura alinhada às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), como o uso de máscaras, a vacinação, o distanciamento social etc. No entanto, essa posição entrava em conflito com a postura do presidente Bolsonaro, que minimizava

a gravidade do vírus. Por conta desse conflito, Luiz Henrique Mandetta foi demitido pelo então presidente.

Nelson Teich foi Ministro da Saúde do Brasil entre 17 de abril e 15 de maio de 2020. Ele assumiu o cargo após a demissão de Luiz Henrique Mandetta e permaneceu no posto por menos de um mês, deixando o ministério devido a divergências com o presidente Jair Bolsonaro sobre medidas de combate à pandemia da COVID-19, especialmente em relação ao uso da cloroquina e ao distanciamento social.

Posteriormente, um general do Exército, Eduardo Pazuello, foi nomeado como o novo ministro. Sem experiência na área da saúde, Pazuello cometeu uma série de falhas no combate à pandemia, alinhando-se, no entanto, à postura de Bolsonaro. Como consequência dessa posição negacionista, o país enfrentou inúmeras mortes causadas pela COVID-19, resultado do neofascismo no governo brasileiro.

O quarto Ministro da Saúde durante o governo Bolsonaro foi Marcelo Queiroga, que assumiu o cargo em março de 2021 e deu continuidade à postura de Pazuello. Queiroga teve a sua gestão marcada por inúmeras críticas e questionamentos sobre sua autonomia como ministro, que se opunha às medidas para o combate à pandemia da COVID-19.

Outrossim, durante o contexto da COVID-19 observa-se com maior ênfase a representação de um retrocesso na saúde pública brasileira diante do último governo. Pode-se frisar isso na sobrecarga do Sistema Único de Saúde (SUS), com hospitais superlotados, sem estrutura e sem recursos para tratar a grande demanda, tanto da pandemia, quanto de outras necessidades em saúde, que tiveram diversos serviços cancelados, resultando na exclusão do tratamento de outras doenças.

A saúde é, sem dúvida, o setor mais atingido pela pandemia, os/as seus/as trabalhadores/as estão exaustos/as, frente ao volume de atendimentos, à intensificação da força de trabalho devido ao insuficiente número de trabalhadores/as da saúde; à precarização das instituições e de seus recursos; à baixa remuneração que implica na necessidade do pluriemprego e à contratação por regimes de trabalho precários que favorecem o assédio moral. (Matos, 2021, p. 32)

Esses impactos contribuíram para a regressão na saúde nos últimos anos, assim como para o crescente efeito na saúde mental da população atualmente. O que implica demonstrar a saúde não só com aspectos físicos, mas também psicológicos. Ou seja, a pandemia trouxe como consequências o aumento dos

transtornos psicológicos, bem como agravou as desigualdades existentes no acesso aos direitos em saúde, visto que há determinados indivíduos com maior exposição aos riscos devido à situação de pobreza.

Ademais, durante o governo Bolsonaro, houve uma crescente influência do setor privado na saúde pública. Exemplo disto foi o decreto nº 10.530 de 26 de outubro de 2020 que previu incluir as Unidades Básicas de Saúde (UBS) no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República (PPI), para fins de elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada. Todavia, este decreto foi revogado pelo outro decreto de nº 10.533, de 28 de outubro de 2020, mas deixou exposto as tensões e debates em torno da privatização da saúde pública no Brasil.

A proposta gerou uma insatisfação nos profissionais de saúde, movimentos sociais, e na população de modo geral, que encarava essa inclusão das UBS no financiamento privado, como forma de comprometimento dos direitos à saúde garantidos em lei e do acesso universal e eficaz ao SUS. Para Mendes, Carnut e Melo (2023, p. 7), os decretos largamente adotados, por exemplo, pelo governo Bolsonaro, rememoram os Decretos-Lei dos tempos da ditadura militar.

Diante dessa conjuntura de sucateamento da saúde pública, os profissionais de saúde desenvolvem um papel fundamental, e também enfrentam desafios ao que se refere às longas jornadas de trabalho, resultando no esgotamento físico e psicológico dos profissionais. Assim como a presença de recursos limitados, ou até mesmo a ausência deles, dificulta a prestação de serviços eficazes para os usuários, também a baixa remuneração dos profissionais de saúde, quando comparada às inúmeras demandas durante o exercício profissional.

O funcionamento eficaz do Sistema Único de Saúde (SUS) depende de recursos financeiros significativos, majoritariamente provenientes do governo federal, para garantir o acesso universal e a manutenção dos princípios de equidade e integralidade. Contudo, a gestão desses recursos frequentemente enfrenta limitações que comprometem a sua capacidade de atender à crescente demanda da população. Entre os desafios estão o subfinanciamento, a má gestão e, em alguns casos, o desvio de verbas destinadas aos serviços de saúde.

Esses fatores agravam as desigualdades no acesso, comprometem a qualidade do atendimento e colocam em risco a sustentabilidade do SUS como política pública central para a saúde no Brasil. Dessa forma, o fortalecimento da

transparência, da fiscalização e do controle social torna-se essencial para garantir que os recursos destinados à saúde sejam utilizados de forma eficiente e em benefício da população.

Segundo a Auditoria Cidadã da Dívida, grande parte do orçamento público brasileiro é destinado para o pagamento de juros e amortizações da dívida, em detrimento de áreas essenciais. Em 2023, o orçamento concedido à saúde foi de apenas 3,69%, enquanto que para os juros e amortizações da dívida foi de 43,23%, resultando em R\$1,89 trilhões. (Auditoria Cidadã da Dívida, 2024)

Para superar esses desafios na saúde pública, é necessário focar no aumento do investimento em saúde, através de uma renegociação da dívida pública e da avaliação de prioridades no orçamento público, sendo direcionado mais recursos para áreas fundamentais, como a saúde. Estabelecer uma forma transparente de avaliar os investimentos é o primeiro passo para transformar a má gestão dos serviços de saúde. Bem como, é importante a valorização do profissional de saúde, por meio do investimento em aprimoramento contínuo e condições de trabalho necessárias para um atendimento digno aos usuários, seguindo os princípios do sistema de saúde.

Portanto, a nova configuração da Política de Saúde vai impactar nas condições de trabalho da/o assistente social, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais (CFESS, 2010, p. 23). Isso reflete a complexidade de um sistema de saúde pública sobre a prática profissional da/o assistente social, que deve estar apto para se adequar a essas mudanças na Política de Saúde, para que assim, possa responder às requisições dos usuários.

3 O COTIDIANO DO TRABALHO PROFISSIONAL NA ALTA COMPLEXIDADE: DESAFIOS E LIMITES AO SERVIÇO SOCIAL FRENTE À MERCANTILIZAÇÃO E PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE

O Serviço Social é uma profissão que se realiza em diversas áreas, com o mesmo objetivo de combater as expressões da questão social e construir uma sociedade justa e equitativa para as diferentes camadas sociais. A atuação do Serviço Social na saúde pública brasileira possui uma trajetória marcada pelo compromisso com a melhoria das condições de vida da população, sendo um processo desenvolvido por lutas e conquistas ao longo dos anos e, passou a ser consolidado em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que trouxe uma visão ampliada do conceito de saúde, e um novo cenário para a atuação da/o assistente social.

Neste capítulo, será analisada a atuação do Serviço Social na saúde, com ênfase na atenção terciária. Serão abordados o cotidiano profissional, desde sua inserção na Política de Saúde até às demandas de atendimento na alta complexidade, evidenciando a contribuição da profissão para as políticas públicas de saúde e a relevância dos determinantes sociais nesse contexto. Para o desenvolvimento do exercício profissional, destaca-se a importância de manter um compromisso ético tanto com a profissão quanto com os usuários do SUS, mesmo diante das adversidades impostas pelo cenário social e político brasileiro.

3.1 O Cotidiano do Exercício Profissional: entre a alienação e as possibilidades de superação

O cotidiano é a vivência diária que estrutura a vida, composto por hábitos, rotinas, atividades e costumes que moldam o nosso dia a dia. Atos como dormir, acordar, alimentar-se, estudar, comunicar-se e trabalhar fazem parte desse fluxo contínuo, que muitas vezes ocorre de maneira automática e despercebida por quem o vivencia. Contudo, o cotidiano não é uniforme; ele varia em função de fatores

culturais, políticos, sociais e econômicos que influenciam os comportamentos e as relações de cada indivíduo ou grupo.

Na vida cotidiana, o homem desempenha papéis e atua de modo a obter experiências. No entanto, a capacidade de se aprofundar e refletir plenamente sobre suas atividades é limitada devido a alguns fatores, como afirma Heller (1970), “O homem na cotidianidade é atuante e fruído, ativo e receptivo, mas não tem tempo nem possibilidade de se absorver inteiramente em nenhum desses aspectos; por isso, não pode aguçá-los em toda sua intensidade”. (Heller, 1970, p. 17)

Matos (2015, p. 683), aponta que no cotidiano “lidamos com muitas informações e, pela agilidade, - diga-se de passagem, cada vez mais requerida nesse trato, pouco paramos para refletir sobre o que pensamos, falamos e fazemos”. Dito isso, o ser humano vive na agilidade das execuções em seu cotidiano, que muitas vezes nos leva a conduzir de forma reativa, em vez de reflexiva sobre as nossas ações.

Essa concepção evidencia como o cotidiano abre espaço para respostas imediatas, frequentemente substituindo a reflexão por essas reações. Assim, considerar os atos e gestos diários torna-se essencial para interromper esse ciclo automático, permitindo que as ações sejam mais conscientes e previsíveis. Ao refletir sobre nossas escolhas, mesmo em momentos breves da rotina, é possível minimizar os impactos negativos da heterogeneidade que caracteriza a vida cotidiana.

Os eventos diários, as interações e atividades comuns, não são meros detalhes, mas elementos centrais que impulsionam o cotidiano, pois a vida cotidiana é vista como o local onde as histórias são construídas e vividas. “A vida cotidiana não está ‘fora’ da história, mas no ‘centro’ do acontecer histórico: é a verdadeira ‘essência’ da substância social.” (Heller, 1970, p. 20)

Nesse sentido, a vida cotidiana permeia a existência e vivência de todos, sendo impossível dissociar-se completamente dela, conforme Heller:

A vida cotidiana é a vida de todo homem. Todos vivem sem nenhuma exceção, qualquer que seja seu posto na divisão do trabalho intelectual e físico. Ninguém consegue identificar-se com sua atividade humano-genérica a ponto de poder desligar-se inteiramente da cotidianidade. E, ao contrário, não há nenhum homem, por mais “insubstancial” que seja, que viva tão-somente na cotidianidade, embora essa o absorva preponderantemente (Heller, 1970, P. 17)

Desse modo, embora possamos vivenciar e nos envolver com nossas atividades especializadas, sejam elas intelectuais ou físicas, a vida cotidiana não deixa de ser a base da nossa existência. Por outro lado, Heller (1970) também aponta que não estamos totalmente imersos na cotidianidade. Independente da rotina diária, todos os indivíduos possuem certas experiências que vão além do habitual, como em atividades ou pensamentos. Ou seja, embora tenhamos uma rotina, todos possuem momentos de excepcionalidade.

A vida cotidiana, muitas vezes, segue um padrão previsível do conjunto de ações a serem realizadas no dia a dia, pois as decisões sobre o que fazer já estão pré-estabelecidas. Por isso, seguir uma certa rotina pode limitar o indivíduo na capacidade de lidar com situações inesperadas, pois há uma interferência na rotina que já estava programada, fazendo com que o indivíduo tenha dificuldade ao lidar com essas mudanças.

Como afirma Heller (1970, p. 25), “a escolha e a aceitação das consequências, por exemplo, formam um só processo. Mas, na cotidianidade, não é possível concentrar *todas* as energias em *cada* decisão. Um comportamento de tal tipo estaria em contradição com a estrutura básica da cotidianidade”. A vida cotidiana é composta por uma série de decisões imediatas, que não passam por reflexões profundas. Ou seja, isso forma a prática do dia a dia, que está sujeita a ações rápidas e automáticas.

Nesse contexto, Heller (1970), aborda que a vida cotidiana é onde utilizamos todas as nossas habilidades. No entanto, devido à multiplicidade das demandas presentes na vida cotidiana, ocorre a limitação no momento de realizá-las ao máximo.

A vida cotidiana é a vida do homem inteiro; ou seja, o homem participa na vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. Nela, colocam-se 'em funcionamento' todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, ideias, ideologias. O fato de que todas as suas capacidades se coloquem em funcionamento determina também, naturalmente, que nenhuma delas possa realizar-se, nem de longe, em toda sua intensidade. (Heller, 1970, p. 17)

Assim, todos nós já nascemos dentro da vida cotidiana, o que importa são as possibilidades para enfrentarmos o cotidiano, pois, só assim conquistamos a autonomia para lidar com os desafios de determinado contexto social.

O homem nasce já inserido em sua cotidianidade. O amadurecimento do homem significa, em qualquer sociedade, que o indivíduo adquire todas as habilidades imprescindíveis para a vida cotidiana da sociedade (camada social) em questão. É adulto quem é capaz de viver por si mesmo a sua cotidianidade. (Heller, 1970, p. 18)

Além disso, Matos (2013), aponta que o cotidiano é um espaço propício para a repetição acrítica, justamente pela composição de atividades automáticas na vida diária (dormir, acordar, comer, trabalhar) de modo que a reprodução acaba sendo frequente, sem questionamento ou análise crítica. Por isso, também afirma que a espontaneidade, a imediaticidade, a superficialidade extensiva e outras, são características próprias do cotidiano. Entretanto, isso acaba implicando na ausência de reflexão diária sobre nossas atividades, visto que o cotidiano é um contexto favorável para a repetição.

O cotidiano é o lugar da repetição insuprimível da vida humana; é o espaço onde o ser busca a sua reprodução. Neste processo, muitas das ações são feitas automaticamente. Para sua sobrevivência material, o homem desenvolve um conjunto de ações que, pela velocidade da sua sobrevivência não são permanentemente problematizadas. (Matos, 2013, P. 91)

Como afirma Goes (2018), os espaços de alienação são mais fáceis de serem vividos do que aqueles que se aprofundam à análise crítica e, a repetição ao invés da construção, muitas vezes se torna o caminho mais fácil. No entanto, é através de uma construção crítica que se pode alcançar uma transformação significativa da realidade.

Desse modo, para superar o cotidiano pragmático, é necessário refletir sobre as nossas ações e planejar-se de modo a evitar a repetição das atividades. Abordagens fora do habitual promovem um impacto transformador no cotidiano rotineiro, e oferecem uma visão mais estratégica da realidade, impedindo a execução das ações de forma automática. É no cotidiano que as grandes coisas ganham forma e se transformam, pois através das pequenas ações e decisões conscientes que se constroem bases capazes de superar o pragmatismo e levar a resultados significativos.

Ao refletirmos o exercício profissional do Serviço Social, nota-se que este é pautado, muitas vezes, pela necessidade de oferecer respostas imediatas às demandas que surgem para a profissão, sejam dos usuários, das instituições ou da equipe multiprofissional em seu ambiente de trabalho. Essa prática exige da/o assistente social uma capacidade de resposta rápida, que demanda um alto nível de

conhecimento dos direitos sociais, trazidos como requisições pelos usuários dos serviços e demonstram a importância do seu papel frente às demandas no cotidiano do trabalho.

As/os assistentes sociais atuam em seu cotidiano com o objetivo de promover a viabilização dos direitos sociais dos usuários, através de políticas públicas de educação, saúde, assistência e outras áreas.

Nesses espaços ocupacionais esses profissionais realizam assessorias, consultorias e supervisão técnica; contribuem na formulação, gestão e avaliação de políticas, programas e projetos sociais; atuam na instrução de processos sociais, sentenças e decisões, especialmente no campo sociojurídico; realizam estudos socioeconômicos e orientação social a indivíduos, grupos e famílias, predominantemente das classes subalternas; impulsionam a mobilização social desses segmentos e realizam práticas educativas; formulam e desenvolvem projetos de pesquisa e de atuação técnica, além de exercer funções de magistério, direção e supervisão acadêmica. (Iamamoto, 2009, p. 6)

Desse modo, a/o assistente social tem como o “chão” do exercício profissional, o cotidiano (Matos, 2015). É o espaço em que o profissional atua e desenvolve as suas práticas, estratégias e intervenções para o enfrentamento da questão social. É no cenário do cotidiano que o Serviço Social busca soluções, muitas vezes imediatas, para as demandas e necessidades dos usuários dos serviços. Logo, “uma das preocupações centrais do processo de formação da/o assistente social é o conhecimento sobre a realidade. A realidade é movimento e, por essa razão, é necessário estarmos atentos/as ao cotidiano [...]” (Xistra, 2017, p. 40)

No cotidiano profissional, a/o assistente social desenvolve ações de caráter socioeducativo na prestação de serviços sociais, viabilizando o acesso aos direitos e aos meios para seu exercício. Além disso, esses profissionais reafirmam seu compromisso com os direitos e interesses dos usuários, defendendo a qualidade dos serviços sociais (Iamamoto, 2009, p. 6).

O Código de Ética da/o assistente social (1993), aponta como alguns dos princípios fundamentais da profissão:

- II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- V. 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;
- X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional. (CFESS, 2013, P. 23-24)

Nesse contexto, Iamamoto (2009), ao analisar a categoria profissional, retrata que

O exercício da profissão exige um sujeito profissional que tenha competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e atribuições profissionais. Requer ir além das rotinas institucionais para buscar apreender, no movimento da realidade, as tendências e possibilidades, ali presentes, passíveis de serem apropriadas pelo profissional, desenvolvidas e transformadas em projetos de trabalho. (Iamamoto, 2009, p. 12)

Em suma, sabemos que o cotidiano da profissão enfrenta desafios com a imediatividade de seu trabalho. Devido à alta demanda dos casos, muitas vezes, o profissional é obrigado a lidar com respostas imediatas ao garantir o acesso aos direitos sociais. Dessa maneira, mesmo diante das dificuldades, queremos chamar atenção que o cotidiano profissional da/o assistente social deve ser norteado com base nos princípios apontados no Código de Ética profissional.

Além disso, em um cotidiano profissional que requer demandas urgentes e que possui um tempo escasso, muitas vezes a/o assistente social acaba atuando com foco nos aspectos mais burocráticos devido ao imediatismo no seu trabalho.

Por sua própria característica de requerer todas as respostas para todas as suas questões, a esfera cotidiana tende à alienação, ao cumprimento de rotinas e tarefas, limitadas à superficialidade e ao senso comum. Assim, a execução terminal de políticas sociais muitas vezes se transforma na acrítica implementação de leis e normas, seguindo critérios e padrões, sendo o carimbo e o papel mais importantes que os seres humanos e suas relações. (Lacerda, 2014, p. 23)

Para reverter essa atuação imediata, é essencial obter uma reflexão mais profunda sobre as práticas de nossas ações. Para Heller, a suspensão da alienação no cotidiano ocorre quando essas ações espontâneas e automáticas são interrompidas pela capacidade de refletir e questionar as práticas desenvolvidas, buscando a autonomia e o sentido das ações. Quando conseguimos refletir de forma crítica, abre-se espaço para a consciência e transformação.

O exercício profissional na área da saúde, em especial na alta complexidade, deve se basear em valores humanos e considerar todo o ciclo de vida dos usuários, pois “no atendimento direto aos usuários, trabalhamos com pessoas fragilizadas que nos pedem um gesto humano: um olhar, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que possam se fortalecer na sua própria humanidade”. (Martinelli, 2011, p. 499)

Paralelo a isso, “o alcance do olhar do profissional eticamente comprometido transcende os muros do hospital, buscando os núcleos de apoio na família, na comunidade, lugares sociais de pertencimento onde se dá o cotidiano de vida das pessoas”. (Martinelli, 2011, p. 503). Ou seja, é importante não se limitar apenas ao ambiente hospitalar, mas obter uma visão mais abrangente voltada para o contexto social em que os usuários vivem, pois isso é atender de forma integral na saúde.

Como afirma Lacerda (2014, p. 23), a diversidade de atividades da vida cotidiana leva a visão limitada apenas aos fenômenos do real: enxerga-se a pobreza, mas não o movimento histórico-econômico que a engendra [...]. Isso sugere que muitas vezes a percepção dos profissionais acerca da realidade, se limita a aspectos superficiais e imediatos, sem considerar os contextos mais aprofundados.

Nesse sentido, o Serviço Social na área da saúde deve ir além do superficial e enxergar os determinantes sociais para promover os serviços de saúde adequados à população e mudanças significativas. Quando observa-se as demandas colocadas à profissão, além da aparência, é possível atuar de forma crítica, livre de respostas imediatas às necessidades da população. De acordo com Cardoso e Ferraz (2018)

A imediatividade diz respeito ao caráter mecânico do cotidiano enquanto espaço da ação, o que significa a necessidade de fornecer respostas imediatas frente a determinadas situações, ocasionando a relação direta entre pensamento e ação, fornecendo ao cotidiano características de acriticidade e não reflexão, dada a necessidade de respostas de prontidão às situações espontâneas. (Cardoso; Ferraz, 2018, p. 5)

Outrossim, para ser realizada uma abordagem eficaz no exercício profissional do Serviço Social, é de suma importância considerar o cotidiano e suas contradições para as intervenções profissionais. Pois, é importante tomar o cotidiano na sua aparência, como referência e o fim de todos os objetivos da intervenção profissional, de modo que nada seja mais propício do que refletir sobre ele. (Matos, 2013, p. 100)

Em razão disso, o cotidiano do trabalho profissional na alta complexidade em saúde exige da/o assistente social um profissional competente, crítico e com tomada de decisões acerca das requisições nesse nível de atenção. Desse modo, o exercício profissional da/o assistente social é permeado por novos e persistentes desafios, o que implica demarcar que é no cotidiano que se efetiva o exercício profissional da/o assistente social. (Cardoso; Ferraz, 2018, p. 2)

O cotidiano profissional do Serviço Social é repleto de requisições, de cumprimento de normas, regulamentos, orientações e decisões institucionais e de demandas contraditórias e diversas, que impõe ao profissional a necessidade de respostas. Assim, cabe ao assistente social atuar de modo a buscar soluções adequadas para essas demandas, mesmo em meio a complexidade delas. (Cardoso; Ferraz, 2018, p. 12)

Assim, Guerra (2013, P. 40) destaca que o exercício profissional do Serviço Social lida com requisições urgentes e desafiadoras, pois se buscarmos analisar a inserção da/o assistente social na divisão social e técnica do trabalho, vemos que a profissão se especializa em responder a demandas que exigem solução imediata de problemas.

Bem como é demandado da/o assistente social resultados imediatos que alterem alguma variável no contexto social do cotidiano no qual os sujeitos receptores de sua ação profissional inserem-se. Assim, além da determinação imposta pela divisão do trabalho, o solo ontológico no qual se gesta o exercício profissional é o cotidiano. (Guerra, 2013, p. 40)

Neste cenário, é importante que a/o assistente social atue com a capacidade de implementar mudanças no que diz respeito às respostas imediatas, sendo necessário manter um compromisso ético e político para intervir com competência na realidade dos indivíduos. Para mais, é fundamental obter uma postura reflexiva para lidar com as demandas imediatas postas no cotidiano de seu trabalho.⁸

A prática da/o assistente social é permeada pela habilidade de refletir e agir diante das complexidades do cotidiano, aplicando seu conhecimento teórico e técnico para atender às demandas imediatas. Por isso, é exigido do/a profissional a capacidade de obter respostas efetivas para essas requisições, a fim de que haja uma mediação eficaz nos direitos sociais dos usuários que demandam por intervenções nas suas necessidades.

A vida cotidiana é fundamental para o exercício profissional da/o assistente social, pois é nesse espaço que se desenvolve o papel de transformar realidades e contribuir para a efetivação dos direitos sociais dos usuários. Nesse contexto, Xistra

⁸ De acordo com Guerra (2013, p. 41), “[...] o cotidiano, por adquirir os conteúdos concretos das situações concretas, é capaz de dar respostas concretas a essas situações, de modo a garantir a sobrevivência do sujeito”. No exercício profissional do Serviço Social, isso retrata a capacidade da/o assistente social em oferecer respostas rápidas às requisições imediatas para a garantia das necessidades dos indivíduos.

(2017, p. 21) destaca que o cotidiano nos insere em uma realidade complexa, exigindo respostas imediatas para diferentes necessidades. Muitas dessas respostas ocorrem de forma automatizada, quase mecânica. No entanto, mesmo em atividades que parecem banais, como dirigir, é necessário mobilizar um conjunto amplo de conhecimentos adquiridos ao longo da vida.

No cotidiano do Serviço Social, as/os assistentes sociais atuam em meio aos casos complexos que, muitas vezes, ocasionam em respostas pragmáticas a respeito das necessidades dos usuários. Assim, “[...] o pragmatismo constitui-se em um tipo de pensamento que sustenta a práxis cotidiana, já que incorpora uma determinada racionalidade que consiste no modo de pensar a realidade na sua imediaticidade e de agir sobre ela”. (Guerra, 2013, p. 42)

No entanto, para Guerra (2013), o cotidiano também possibilita a reflexão sobre quais determinações e necessidades exigem uma atitude pragmática para sua reprodução. Dessa forma, ele não se restringe ao imediatismo e à repetição, mas também se configura como um espaço de questionamento sobre as demandas estabelecidas nos contextos de atuação profissional. Nesse sentido, é essencial incorporar a reflexão crítica ao cotidiano de trabalho, a fim de identificar e superar práticas meramente pragmáticas e imediatistas. Góes (2018, p. 14) reforça essa perspectiva ao afirmar que, “em uma conjuntura de barbárie social como a atual, o cotidiano, além de trivial e rotineiro, deve ser visto como um espaço de reflexão e de oportunidades para o desenvolvimento de ações, estudos e pesquisas comprometidas com os usuários”.

O investimento em oferecer educação e capacitação profissional continuada por parte das instituições para os profissionais, contribui para uma visão ampla da/o assistente social sobre as intervenções sociais e demandas que afetam os usuários dos serviços de saúde. Por isso, é essencial a unidade teoria e prática para superar o pragmatismo muitas vezes presente nas práticas cotidianas do Serviço Social, e promover um exercício profissional mais crítico e reflexivo.

Guerra (2013) aponta que são os princípios e diretrizes que orientam a profissão, conforme estabelecido no Código de Ética, na Lei de Regulamentação da profissão e nas Diretrizes Curriculares, que formulam as bases para uma contundente recusa da atitude pragmática e do senso comum que a acompanha. Esses princípios visam promover um exercício profissional que transcende as práticas burocráticas, não se limitando a responder de forma automática às

demandas impostas à profissão, mas compreendendo e refletindo sobre a origem delas. Ainda segundo Guerra (2013), entende-se que para a superação do pragmatismo, é necessário uma constante avaliação das práticas cotidianas, discernindo o que é essencial e buscando soluções práticas para os desafios no cotidiano profissional.

3.2 A Trajetória do Serviço Social na Saúde: da inserção profissional à consolidação no contexto do SUS

Na década de 1960, o sistema de saúde brasileiro caracterizava-se por sua estrutura excludente, voltada majoritariamente para os segmentos mais privilegiados da sociedade, enquanto a população trabalhadora enfrentava grande dificuldade de acesso aos serviços médicos. Nesse contexto, o Serviço Social estava profundamente influenciado pelo positivismo, o que resultava em uma prática profissional pautada em uma perspectiva tecnicista e assistencialista, distante de uma análise crítica das determinações sociais que condicionavam a saúde da população. Como aponta Barbosa (2019), a formação das/os assistentes sociais nesse período estava orientada para a adaptação dos indivíduos à ordem social vigente, reforçando um modelo de intervenção que priorizava o ajustamento dos sujeitos às condições existentes.

A modernização conservadora implantada no país exigiu a renovação do Serviço Social face às novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalidade burocrática. (Bravo; Matos, 2006, p. 5)

Dessa forma, a atuação do Serviço Social nos serviços de saúde esteve fortemente vinculada a um modelo assistencialista e curativo, refletindo a influência da caridade e da filantropia como respostas predominantes às expressões da questão social. Nesse cenário, o Serviço Social se estruturava a partir da aplicação dos métodos de caso, grupo e comunidade, buscando atender as demandas imediatas da população usuária dos serviços médicos. Essa abordagem reforçava uma perspectiva individualizante dos problemas sociais, em sintonia com a lógica conservadora que predominava na profissão naquele período.

A inserção do Serviço Social na saúde foi orientada pela tentativa de adequação ao modelo médico-clínico, no qual a/o assistente social era visto como um profissional auxiliar na organização e no aperfeiçoamento do trabalho médico. Como aponta Matos (2009, p. 53), essa configuração da prática profissional consolidou um papel subordinado ao saber biomédico, restringindo a intervenção do Serviço Social a uma lógica de adaptação dos indivíduos às normas institucionais e sociais vigentes. Dessa forma, a atuação das/os assistentes sociais nos serviços de saúde se dava prioritariamente no encaminhamento de pacientes, na articulação de recursos e na mediação entre os sujeitos atendidos e as exigências institucionais, sem uma problematização mais profunda das desigualdades estruturais que atravessavam o acesso e a qualidade da atenção à saúde.

A consolidação da Ditadura Militar (1964-1985) intensificou essa perspectiva, reforçando um modelo de Serviço Social alinhado às políticas de controle social e disciplinamento da população. Esse período, marcado por um modelo de assistência social conservador, antecedeu as transformações que ocorreriam nas décadas seguintes com o movimento de Reconceituação do Serviço Social, que buscava romper com essa lógica tecnicista e fortalecer uma prática profissional crítica e comprometida com os direitos sociais.

No final da década de 1960, sob influência das mudanças sociais e políticas que atravessavam o Brasil e a América Latina, começaram a surgir questionamentos ao modelo conservador que até então predominava no Serviço Social. Como afirmam Bravo e Matos,

[...] sem dúvida, o Serviço Social está recebendo influências desta conjuntura, (de crise do Estado brasileiro, de falência da atenção à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente e construção de uma reforma sanitária brasileira) mas, por outro lado, está passando por um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social Tradicional, havendo, assim, uma intensa disputa pela nova direção a ser dada à profissão. (Bravo; Matos, 2006, p. 7)

A reconceituação da profissão foi um marco significativo, pois implantou uma nova perspectiva para o Serviço Social, centrada na emancipação dos cidadãos e na luta pela justiça social. Isso implicou em uma prática voltada para a busca da análise das causas da desigualdade social, e principalmente, na redefinição dos princípios da profissão.

Apenas na década de 1980, no contexto de redemocratização do país e do fortalecimento das lutas sociais, o Serviço Social iniciou uma aproximação mais

consistente com o Movimento Sanitário, impulsionado pela interlocução com a tradição marxista e pelas reflexões críticas consolidadas no processo de Reconceitualização da profissão. Esse movimento representou uma ruptura com a perspectiva assistencialista e tecnicista que havia marcado a atuação do Serviço Social na saúde nas décadas anteriores, direcionando a profissão para uma intervenção mais comprometida com a defesa dos direitos sociais e a construção de um sistema de saúde público e universal.

A influência do pensamento marxista possibilitou que o Serviço Social passasse a compreender a saúde na totalidade das relações sociais, vinculando-a às condições de vida da classe trabalhadora e aos determinantes sociais, que produzem e reproduzem a desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Essa nova perspectiva fortaleceu a inserção crítica da profissão nos debates da Reforma Sanitária, que culminariam na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988.

Como já apontado anteriormente, a consolidação do projeto da Reforma Sanitária nos anos 1990 ocorreu em um cenário de disputa intensa entre dois projetos antagônicos. De um lado, o projeto da Reforma Sanitária, que buscava a universalização e democratização do acesso à saúde, estruturado sob os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), por outro lado, o projeto privatista emergiu como expressão das políticas neoliberais que ganhavam força no Brasil e no mundo nesse período. O projeto defendia a redução do papel do Estado, a desresponsabilização pública no financiamento e na gestão dos serviços de saúde e a ampliação da participação do setor privado, por meio de seguradoras, planos de saúde e terceirizações.

Segundo Bravo e Matos (2006, p. 10), o projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

Entretanto, o projeto da Reforma Sanitária apresenta como demandas que a/o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase

nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã. (Bravo; Matos, 2006, p. 10)

Embora o Serviço Social seja uma profissão já inserida nos serviços de saúde, somente em 06 de março de 1997, através da Resolução n° 218, o Conselho Nacional de Saúde reconheceu as/os assistentes sociais como profissionais de saúde. E em 29 de março de 1999, a profissão foi regulamentada como tal, através da Resolução do Conselho Federal de Serviço Social n° 383/99.

Desse modo, a Resolução CFESS n° 383/99 resolve em seu Art. 1° - caracterizar o assistente social como profissional de saúde; Art. 2° - O assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções.

As/os assistentes sociais desempenham um papel caracterizado pela defesa das políticas públicas de saúde e a viabilização dos direitos sociais, identificando e intervindo nos determinantes sociais da saúde. Essa atuação se dá nos diferentes níveis de complexidade, desempenhando o seu papel nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais, clínicas, ambulatórios, etc.

O Serviço Social é uma área de conhecimento e intervenção profissional que consolida o seu significado por meio de relações com outras profissões e práticas societárias mais amplas. Especialmente, o Serviço Social se direciona para o enfrentamento das situações de violações de direitos que afetam as condições de vida da população em geral e, sobretudo, dos setores mais empobrecidos da sociedade. (Martinelli, 2011, p. 498)

Matos (2009, p. 46) evidencia o papel histórico das/os assistentes sociais no campo da saúde, destacando a relevância desta política pública como espaço privilegiado de sua atuação profissional no Brasil. No entanto, o autor também revela um desafio contemporâneo enfrentado pela categoria: a contestação, por parte de outros profissionais, da competência das/os assistentes sociais para atuar no âmbito do trabalho coletivo em saúde.

Contudo, ao mesmo tempo em que há esse reconhecimento profissional, fruto de lutas dos profissionais e de suas entidades, os assistentes sociais que trabalham nos serviços de saúde têm solicitado aos órgãos de fiscalização profissional – Conselhos Regionais de Serviço Social – subsídios para garantir a autonomia do seu exercício profissional na área, donde no embate dentro das instituições de saúde ou com outros

profissionais, não são identificados, os assistentes sociais, como trabalhadores da saúde. (Matos, 2009, p. 45-46)

No exercício profissional em saúde, muitas vezes o profissional de Serviço Social é colocado em posições subordinadas pela estrutura hierárquica, que não reconhece a/o assistente social como parte essencial na equipe de saúde, restringindo a capacidade dos profissionais de exercerem suas funções e implantarem estratégias de maneira autônoma e participativa nas decisões sobre a prestação de serviço em saúde.⁹

Para Vasconcelos (2010), coloca-se como desafios aos assistentes sociais:

Superar a condição de complementação de serviços médicos, a partir de uma relação secundária não só com a medicina, mas com os demais profissionais de saúde e com os gestores, para, no campo da saúde/doença, sedimentar uma atuação autônoma, mas não isolada e fragmentada das demais profissões, priorizando o enriquecimento da subjetividade, a promoção e a prevenção, sem prejuízo das ações assistenciais. (Vasconcelos, 2010, p. 2)

Somado a isso, conforme Barbosa (2019, p. 248), pelo histórico de subalternidade na área de saúde, condicionado ainda pelas novas requisições postas pelo processo de contrarreforma do Estado, o cotidiano de trabalho das/os assistentes sociais é permeado por funções que não são de sua atribuição e competência. Essas funções serão posteriormente expostas através da análise da prática desses profissionais na política pública de saúde.

Além desses desafios impostos à profissão, Salvador, Terra e Arêas (2015, p. 2), afirmam que a/o assistente social, em seu cotidiano profissional, vive o impasse de lidar diariamente com as demandas da população em um cenário caracterizado pelo avanço das privatizações, desmonte das políticas públicas, flexibilização e desregulamentação dos direitos sociais e trabalhistas, tendo como agravante o aviltamento das condições de vida e de trabalho da população usuária dos serviços sociais.

Diante desse cenário, a/o assistente social é um profissional chamado a intervir nas necessidades da população, buscando minimizar os impactos da

⁹ O trabalho nos serviços de saúde reproduz um atendimento multiprofissional, com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade, onde mesmo os profissionais “co-habitando” o mesmo espaço pouco se falam. Por exemplo, se entrarmos em uma enfermaria, poderemos ver enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, médicos, fisioterapeutas, e outro, próximos aos usuários e realizando parceladamente o seu trabalho, sem que esses profissionais sequer se olhem e muito menos saibam o nome de seus colegas. Assim, é difícil para este profissional identificar uma relação de pertencimento ao trabalho coletivo. (Matos, 2013, p. 55).

desigualdade social frente ao contexto de desordem nas políticas do país. Apesar das dificuldades, a/o assistente social se consolidou como um profissional essencial na área da saúde e, após a nova reconfiguração do conceito ampliado de saúde, passa a atuar nos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Segundo Machado e Santos (2018, p. 9), a incorporação dos determinantes sociais do processo saúde-doença é de fundamental relevância para o exímio desenvolvimento do trabalho em saúde, na organização de suas ações e na construção de projetos e programas de atendimento aos usuários, sobrepondo ações imediatas com vistas à garantia e ampliação dos direitos sociais.

Por isso, de acordo com Vasconcelos (2010), é um desafio para a/o assistente social:

Superar, no contato com a população usuária, a abordagem de questões relacionadas prioritariamente à(s) doença(s), no máximo, formas de prevenção de danos, agravos e riscos, em favor da democratização de informações e conhecimentos necessários à apreensão da lógica do SUS legal (seus princípios, objetivos, estratégias e responsabilidades) e à apreensão do SUS real (seus determinantes e mecanismos que favorecem o desenvolvimento do SUS que conhecemos), o que exige, por exemplo, trazer à baila, junto à população usuária, reflexões sobre a relação público-privado; o incentivo à cultura do público; o conhecimento da política de saúde e sua indissociabilidade das demais políticas, etc. (Vasconcelos, 2010, p. 2)

Nesse sentido, para Matos (2013, p. 128), nas unidades de saúde, cabe ao assistente social identificar os determinantes sociais, culturais, econômicos e políticos que influenciam no processo saúde-doença, mobilizando recursos para o enfrentamento desta realidade. Concorde-se com Matos (2013, p. 133), ao reconhecer que a preocupação com a dimensão ampliada sobre o usuário (além do quadro clínico), é uma questão, se não ausente, pelo menos residual para os outros trabalhadores da saúde.

[...] uma dieta equilibrada depende da existência de condições sanitárias na casa; um remédio a ser ministrado por um usuário com dificuldade de locomoção necessita de alguém que cuide dele; a ida para tratamento em um hospital precisa de recursos financeiros para sua locomoção etc (Matos, 2013, p. 133).

Ou seja, na área da saúde, as/os assistentes sociais desempenham um papel fundamental no que se refere à viabilização dos direitos sociais dos usuários, de modo a intervir na garantia das necessidades da população e na defesa desses direitos, através das orientações e encaminhamentos aos usuários, a fim de que possam obter acesso aos benefícios e serviços de saúde como um verdadeiro

direito. Desse modo, “como área de conhecimento e de intervenção na realidade humano social, o Serviço Social deve mobilizar-se, cada vez mais intensamente, na perspectiva da assistência integral à saúde da população atendida”. (Martinelli, 2011, p. 500)

Para Costa (2000), a inserção das/os 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.

As novas diretrizes para as diversas profissões ressaltaram a importância de formar trabalhadores de saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS) com visão generalista e não fragmentada (Bravo e Matos, 2006). É importante compreender também que,

[...] não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusividade apenas de uma categoria profissional. Por outro lado, não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um leque de pequenas, mas não menos importantes, atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social. (Bravo; Matos, 2006, p. 19)

Ao alinhar suas ações com os princípios da Reforma Sanitária, a/o assistente social passou a realizar uma prática fundamentada com a construção de um sistema de saúde acessível e integral. Além do mais, o profissional reafirma o compromisso com os direitos sociais através do projeto ético político, fazendo com que as intervenções a serem realizadas, sejam de acordo com as reais necessidades dos usuários, e considerando as condições socioeconômicas.

Ainda assim, para consolidar os direitos de cidadania dos usuários, de seus familiares e também dos trabalhadores da saúde, é necessário a importância de agir firmemente com base nos princípios profissionais e nas diretrizes políticas que orientam o trabalho do Serviço Social na área da saúde. Por isso, é essencial fornecer um atendimento adequado, de modo que as necessidades colocadas pelos usuários sejam atendidas. (Martinelli, 2011, p. 503)

É necessário uma profunda análise da realidade social para desenvolver um trabalho que fortaleça a cidadania dos usuários e que esteja alinhado ao projeto ético-político da profissão. Somente com uma atuação crítica, a/o assistente social pode direcionar seu trabalho aos interesses da população usuária, mais

especificamente no que se refere ao direito à saúde de qualidade e ao cuidado integral que esta pressupõe, superando o imediatismo que, por vezes, se estabelece. (Andreani; Dias; Dalpiaz, 2021, p. 161)

Portanto, a inserção e o reconhecimento do/a assistente na saúde foi um processo fundamental para a viabilização de direitos da população usuária do SUS e redução das desigualdades sociais, principalmente no que diz respeito aos determinantes sociais em saúde, que vão além dos cuidados da medicina. Por isso, essa inserção gerou impactos significativos nas políticas públicas de saúde no Brasil, bem como nas necessidades da população e na contribuição com as equipes interdisciplinares em saúde. Essa mudança ampliou o acesso a recursos e serviços, promovendo um atendimento integral e humanizado, assim como trouxe uma nova perspectiva para o cotidiano na área da saúde, em especial na alta complexidade.

3.3 O exercício profissional da/o assistente social na alta complexidade: desafios e limites

O Serviço Social é uma profissão que se baseia em princípios como a defesa intransigente dos direitos humanos, a promoção da cidadania, a justiça social, a democracia, dentre outros. A/o assistente social, por ser um/a profissional que está inserido/a na divisão social e técnica do trabalho, desempenha um exercício profissional fundamental dentro da estrutura social e econômica do país.

Desde as primeiras décadas do século XX, o Serviço Social vem demarcando a sua presença no campo da saúde, atuando na promoção de práticas educativas sobre higiene e saúde, como já foi abordado. Com o passar do tempo, essa atuação se expandiu, passando a intervir nas expressões da questão social em saúde, como o saneamento básico, as condições de moradia, alimentação, desemprego, acesso a serviços de saúde, etc.

No entanto, há uma frequente dificuldade de compreensão por parte dos próprios profissionais do Serviço Social em assimilar suas reais competências na área da saúde, assim como para outros profissionais e para os usuários. Como afirma Matos (2013):

[...] a saúde é historicamente o maior campo de trabalho dos assistentes sociais; entretanto, por esses profissionais não atuarem somente nesta política, têm sido sistematicamente questionados sobre a sua competência no campo do trabalho coletivo em saúde, ao mesmo tempo em que possuem dificuldades de produzirem uma resposta sistematizada. (Matos, 2013, p. 57)

De acordo com Matos (2013), o Serviço Social não possui saberes exclusivos na saúde, mas particularidades nesta área, como por exemplo as condições de vida da população (a pauperização, a velhice e ausência de vínculos familiares), que têm sido “problemas” para os serviços de saúde, e a “resposta” tem sido encarada como responsabilidade exclusiva do Serviço Social.

A complexidade das questões que afetam a saúde da população exige uma abordagem multidisciplinar. Nessa perspectiva, o/a assistente é inserido para atuar na promoção de políticas públicas que melhorem as condições de vida da sociedade, buscando defender um modelo de saúde que considere os determinantes sociais e, se estabelece para viabilizar a garantia de direitos da população, através do seu caráter interventivo.

Com o propósito de nortear as atribuições e competências dos assistentes na área da saúde, foi elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em 2010, os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, com finalidade de referenciar a intervenção dos profissionais nesta área.

Tais Parâmetros foram criados para fornecer diretrizes consistentes sobre como os profissionais de Serviço Social devem realizar o seu trabalho no campo da saúde, em conformidade com os princípios do Código de Ética, Lei de Regulamentação e as Diretrizes Curriculares da profissão, para que assim, possa promover uma prática ética, crítica e em compromisso com a população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desse modo, destaca-se algumas das principais ações apontadas nos Parâmetros a serem desenvolvidas por profissionais na área da saúde:

- Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;

- Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
- Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social. (CFESS, 2010, p. 44-45)

Dessa maneira, para Dias (2018), a/o assistente social foi inserido historicamente no campo da alta complexidade buscando a garantia de acesso aos direitos neste espaço e fazendo um papel educativo e informativo sobre o mesmo. Portanto, esse trabalho na alta complexidade em saúde, envolve atuar com demandas que exigem do profissional uma atenção especial com os cuidados dos usuários.

Costa (2000), ao analisar o trabalho da/o assistente social no contexto de produção dos serviços públicos de saúde em Natal (RN), constatou que os núcleos de objetivação do trabalho da/o assistente social neste campo são:

Levantamento de dados; interpretação de normas e rotinas; agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial; procedimentos de natureza socioeducativa, informação e comunicação em saúde; desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político. (Costa, 2000, p. 14-15)

De acordo com Matos (2013, p. 112), uma expressão do trabalho da/o assistente social na área da saúde é a chamada documentação em Serviço Social, um conjunto de registros elaborados pelo próprio profissional no contexto da sua intervenção profissional. No cotidiano da/o assistente social, esses registros são fundamentais para apresentar as ações realizadas e os atendimentos prestados aos usuários.

Durante o período de estágio curricular obrigatório no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), foi possível observar as principais requisições e instrumentos que definem o cotidiano profissional das/os assistentes sociais na alta complexidade em saúde, sendo eles:

a) Entrevista social - um tipo de anamnese social que permite conhecer a realidade do usuário internado, suas condições socioeconômicas e identificar possíveis demandas para o Serviço Social. No roteiro da entrevista social, cabe ao assistente social obter informações gerais sobre as condições socioeconômicas dos/as usuários/as; no exemplo da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), quando o usuário está desacordado e inconsciente, a entrevista social é realizada com quem

está acompanhando-o, preferencialmente, com um familiar que tenha maior convívio, e que possa fornecer informações concretas.

Segundo Costa (2000, p. 16), ao reconhecer a saúde como resultante das condições de vida, a obtenção de dados sobre as condições econômicas, políticas, sociais e culturais passa a fazer parte do conjunto dos procedimentos necessários à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde-doença. Afirma também que,

No atendimento hospitalar, por exemplo, a obtenção dos dados, por meio de entrevistas, preenchimento de ficha social ou questionário, é a primeira etapa do processo de atendimento e acompanhamento realizado pelo assistente social, integrando, pois, um conjunto de procedimentos e normas relativos ao internamento dos pacientes. (Costa, 2000, p. 17)

Para Matos (2013, p. 63), há uma alta prevalência de atendimentos individuais e que estes, em geral, se constituem em uma ação única, já que é imprevisível saber se a/o assistente social terá outro contato com o usuário. No entanto, no caso de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), observou-se que o contato com os usuários e seus familiares geralmente é mais frequente, devido ao longo período de internação e gravidade dos casos, diferente de uma Unidade de Obstetrícia, por exemplo, que as usuárias têm uma internação mais breve (dependendo do caso), e por isso, muitas vezes um contato menos frequente com o Serviço Social.¹⁰

b) Liberação de refeição - consiste em um frequente encaminhamento utilizado pelo Serviço Social ao Serviço de Nutrição, indicando o nome completo do acompanhante, leito e prontuário do usuário, com o período de liberação da refeição e o tipo (café da manhã, almoço, janta etc). Geralmente esse encaminhamento é liberado para o acompanhante do usuário que está de alta médica para a enfermaria, havendo muitos casos também de refeições para familiares que não possuem rede de apoio e local de domicílio no município.

c) Ligação para familiares - é uma prática da/o assistente utilizada para informar às famílias ou pessoas de referência do usuário em internação, por meio de contato telefônico, solicitando o comparecimento para acompanhamento do usuário na alta hospitalar. Há uma grande parcela dos casos em que o usuário reside em

¹⁰ As pesquisas vêm mostrando que, nos serviços de saúde, as/os assistentes sociais têm tido, na maioria das vezes, apenas um único contato com os usuários. Essa situação é diferente nos serviços de saúde que demandam intervenções continuadas, como, por exemplo, nos atendimentos em situações de violência ou em saúde mental. (Matos, 2013, p. 135)

outro município, por isso, cabe ao assistente social essa articulação com os familiares para informá-los sobre a programação de alta. Diante desses casos, surge também a demanda de articulação com as casas de apoio para permanência desses acompanhantes durante o período de internação do usuário.

[...] cabe, quase que exclusivamente, ao Serviço Social, o contato externo com a vida do usuário e que esta profissão também tem que ser a responsável pelo conjunto de usuários que não contam com uma rede familiar ou de amizade e que, conseqüentemente, apresentam dificuldades de adesão ao atendimento desenvolvido pelos programas de saúde ou não terão para onde ir quando da alta médica. (Matos, 2023, p. 128)

Outro tipo de contato é para solicitar o comparecimento dos familiares em caso de óbito ou para reunião com a equipe multiprofissional a respeito da saúde do usuário, destacando que o óbito é comunicado apenas pela equipe médica.

d) Registros - na área da saúde, os registros geralmente são utilizados por meio da evolução dos atendimentos realizados durante o plantão, podendo ser também uma evolução de alta e/ou óbito colocado em prontuário eletrônico e/ou físico.

[...] nas unidades hospitalares, os profissionais se submetem a uma rotina diária de visitas a todos os leitos (usuários), que obviamente — devido a questões de tempo — não realizam, em geral, um trabalho concreto e depois ficam em dúvida sobre o que de relevante tem para ser registrado. (Matos, 2013, p. 131)

No caso do HUUFMA, observa-se que essa rotina de visitas ao leito é realizada para constatar se o usuário está acompanhado ou possui alguma demanda para o Serviço Social. Além desses registros, utiliza-se também o relatório diário do Serviço Social, contendo todos os atendimentos e escutas realizadas, e acessado somente pelas assistentes sociais, residentes e estagiários de Serviço Social do setor.

e) Documentação - a principal documentação utilizada pelo Serviço Social neste nível de complexidade e desta unidade é a declaração de comparecimento na unidade, fornecida para os acompanhantes, geralmente para fins de comprovação nos locais de trabalho destes. Além dessa, há também a declaração de hipossuficiência financeira, formulário de consentimento esclarecido de necropsia/autópsia e os encaminhamentos para os demais setores do hospital, como o encaminhamento à recepção para autorização da confecção de pulseira de

acompanhante ou para a liberação de visita com horário ampliado e/ou maior número de visitantes.

f) Orientações - normalmente repassadas aos familiares e acompanhantes dos usuários internados, sendo orientações sobre normas e rotinas hospitalares como horários de visitas, horário para troca de acompanhante e refeições na unidade, assim como orientações para os próprios usuários sobre benefícios assistenciais (BPC, TFD, Bolsa Família); previdenciários, devido aos diversos casos de afastamento do trabalho por um longo período de internação e, muitas vezes, falta de conhecimento sobre direito à aposentadoria e ao BPC; benefícios eventuais, como auxílio funeral.¹¹

[...] nos casos de óbitos, ao assistente social compete repassar as orientações e encaminhamentos junto à família ou responsável para liberação do corpo junto ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO), traslado e sepultamento, incluindo orientações sobre trâmites nos cartórios e junto à previdência social quando necessário. (Costa, 2000, p. 24)

No caso da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), é repassado também orientações como vestimenta e calçados adequados para o ambiente, a não utilização de adornos, lavagem correta das mãos e uso de máscaras. Tudo isso é retratado pela análise Costa (2000):

Consiste num conjunto de orientações sobre os regulamentos, o funcionamento e as condições exigidas pelas unidades, tais como: observância de horários, prazos de retorno do paciente, documentos exigidos etc. No cotidiano dos serviços, sua utilidade tem sido a de assegurar o disciplinamento e o enquadramento dos usuários e acompanhantes às normas e rotinas da unidade, embora também constitua momento em que já se identifica a necessidade de abertura de exceções às regras. Nos hospitais, suas principais esferas de atuação incidem sobre o cumprimento de horários e duração das visitas, o número de visitantes permitidos para cada paciente internado, os comportamentos do usuário e sua família a serem adotados durante a visita, a permanência no hospital e, até mesmo pós-alta médica (período de convalescência) etc. (Costa, 2000, p. 20-21)

A vida cotidiana desempenha um papel fundamental na análise do exercício profissional dentro das instituições, considerando que estas frequentemente demandam respostas imediatas dos profissionais. Essa exigência reforça uma abordagem centrada no particular. Em meio a esse cotidiano da urgência, há pouco tempo para refletir, no máximo para pensar de modo imediato na ação; a lógica

¹¹ Podemos observar o vínculo do exercício profissional na saúde com a política de assistência social, na medida em que, da forma como está atualmente estruturado o trabalho coletivo em saúde, vem cabendo aos assistentes sociais buscarem, ou tentarem, diferentes recursos — para além das ofertadas pelos serviços de saúde — com vistas a garantir ao usuário os seus direitos. (Matos, 2013, p. 66)

institucional impulsiona os profissionais a circunscrever-se ao imediato, ao pragmático e ao urgente. Assim, o profissional acaba inserido em um contexto de cotidianidade institucional que limita a realização de mediações capazes de superar a alienação. No entanto, é sabido que a possibilidade de transformação não partirá da própria instituição.

Cabe destacar que o Serviço Social não é apenas uma atividade imediata e pragmática, mas um campo que articula conhecimento, valores e práticas em defesa dos direitos sociais. Ou seja, para superar o pragmatismo, é necessário ressignificar as práticas cotidianas, inserindo-as no projeto ético-político da profissão.

No contexto da alta complexidade em saúde, o cotidiano institucional é permeado pela lógica da urgência, que impõe um ritmo acelerado e a necessidade de respostas imediatas. Essa dinâmica, orientada por uma demanda “clínica”, estrutura a prática profissional e, muitas vezes, limita a reflexão crítica sobre a realidade social. No entanto, a instituição não é um espaço imutável; ao contrário, pode se constituir como um ambiente de transformação, desde que os profissionais se apropriem das múltiplas dimensões do seu trabalho. Para isso, é fundamental ultrapassar os limites institucionais e desenvolver uma leitura crítica que vá além das determinações do poder institucional, possibilitando a construção de práticas que articulem a assistência com uma perspectiva ampliada da saúde e dos direitos sociais.

De acordo com os Parâmetros (2010, p. 30), realizar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;

- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos.

Na área da saúde, a/o assistente social atua em quatro grande eixos, sendo eles: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010).

No que diz respeito às ações socioeducativas em saúde, os Parâmetros (2010, p. 56) apontam:

- sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos;
- democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade;
- realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição;
- realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas;
- democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação;
- socializar informações e potencializar as ações socioeducativas desenvolvendo atividades nas salas de espera;
- elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;
- mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados;
- realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse.

A educação em saúde é uma ferramenta fundamental para a promoção de informações e conscientização sobre os direitos e recursos em saúde dos usuários, buscando compreender os determinantes sociais na saúde e atender de maneira integral a essas necessidades, para prevenir doenças e garantir o acesso aos serviços necessários para o tratamento. De acordo com Costa (2000),

[...] em todas as unidades de saúde, o assistente social realiza ações voltadas para a 'educação', informação e comunicação em saúde, quer por meio de orientações, encaminhamentos individuais e coletivos, realização de eventos e criação de espaços de discussão, reclamações e sugestões (Costa, 2000, p. 23).

Assim, conforme Andreani, Dias e Dalpiaz (2021, p. 165), é de responsabilidade da/o assistente social seu constante aprimoramento, o que requer tanto o reconhecimento de suas competências e atribuições, como também uma

dimensão mais ampla, de apropriação dos dados, conhecimento dos equipamentos e da configuração dos espaços de saúde em que se inserem. Todos estes pormenores, aliados ao planejamento das ações, são significativos na superação da atuação fragmentada e imediatista, tão presente no contexto hospitalar, através da pressão por resultados imediatos em detrimento de abordagens planejadas. Na alta complexidade, os usuários frequentemente vivenciam situações de desigualdades sociais que impactam no acesso e continuidade ao tratamento em saúde. Por isso, cabe ao assistente intervir e viabilizar o acesso desses indivíduos aos serviços de saúde por meio desses eixos já citados.

Por fazer parte de um trabalho coletivo, a participação da/o assistente social fortalece a capacidade da equipe multidisciplinar em oferecer um atendimento integral, além de estabelecer uma perspectiva única referente às condições sociais dos pacientes e seus familiares nas estratégias e decisões com a equipe de saúde.¹²

A atuação do Serviço Social na Política de Saúde enfrenta desafios complexos, intensificados pelos novos modelos de gestão, a exemplo da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH), as Fundações Estatais e as Organizações Sociais. Esses modelos impõem obstáculos estruturais e operacionais que impactam diretamente o trabalho das/os assistentes sociais nos hospitais e demais unidades de saúde.

Um dos principais desafios é a sobrecarga de trabalho. A atenção terciária, por si só, já apresenta uma alta demanda de casos complexos, exigindo do profissional uma atenção especial para cada situação. No entanto, a escassez de assistentes sociais em diversos setores agrava essa sobrecarga. Há setores com apenas um profissional por turno, o que significa que todas as demandas, sejam elas institucionais ou dos usuários, recaem sobre um único trabalhador. Há a execução de tarefas que não são da competência da profissão, mas que acabam sendo realizadas para garantir o atendimento dos usuários e evitar lacunas no serviço.

Outro limite significativo está na falta de recursos, que restringe as possibilidades de intervenção do Serviço Social. A insuficiência de computadores, por exemplo, impacta diretamente o registro das atividades, pois há uma superlotação de profissionais de diversas categorias disputando o acesso às

¹² O/a assistente social dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. (CFESS. 2010, p. 46)

máquinas disponíveis. Além disso, falhas recorrentes nos sistemas e a demora na resolução dos problemas dificultam o fluxo de trabalho. A carência de insumos básicos, como medicamentos, materiais de higiene e produtos descartáveis, também prejudica tanto os profissionais quanto os usuários, agravando ainda mais a precarização dos serviços. A infraestrutura inadequada é outro entrave à atuação da/o assistente social. A ausência de espaços apropriados para os atendimentos compromete a privacidade dos usuários, muitas vezes é um espaço compartilhado por toda a equipe multiprofissional.

A questão da multiprofissionalidade também se apresenta como um desafio. Com frequência, outros profissionais demandam ações que não competem ao Serviço Social ou desconsideram a importância dos determinantes sociais no atendimento em alta complexidade. Como apontam Campos e Lemos (2021, p. 4), “a atuação interprofissional no âmbito da saúde é um desafio, a histórica hegemonia do modelo de atenção biomédica na alta complexidade incentiva a ação compartimentalizada dos diferentes profissionais.”

Para superar essa fragmentação, as autoras destacam que cabe ao assistente social “a habilidade de articulação com as equipes multiprofissionais e gestores de forma a chamar a atenção para esses determinantes e demandas sociais, bem como para a necessidade de sua abordagem de forma interprofissional” (Campos; Lemos, 2021, p. 4).

Diante desse cenário, torna-se fundamental problematizar as condições de trabalho da/o assistente social na saúde, bem como reafirmar a necessidade de fortalecer sua atuação crítica e propositiva dentro das instituições. A superação dessas dificuldades passa por lutas coletivas que reivindicam melhores condições de trabalho, ampliação do quadro profissional e maior reconhecimento da importância da dimensão social no campo da saúde.

Diante desse contexto, Costa (2000, p. 5) menciona que o processo coletivo de trabalho nos serviços de saúde define-se a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil; das mudanças de natureza tecnológica, organizacional e política que perpassam o Sistema Único de Saúde; e das formas de cooperação vertical (divisão sociotécnica e institucional do trabalho) e horizontal (expansão dos subsistemas de saúde) consubstanciadas na rede de atividades, saberes, hierarquias, funções e especializações profissionais.

Segundo Matos (2013, p. 117), “é o Serviço Social que vem sendo, em geral, o responsável pela articulação da vida do usuário para além dos muros do serviço de saúde”. Porém, a falta de compreensão pela equipe sobre o real papel do/a assistente “têm historicamente requisitado a eles diversas ações que não são atribuições dos mesmos” (CFESS, 2010, p. 46). Cabendo citar como exemplo:

- marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes;
- solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- pesagem e medição de crianças e gestantes;
- comunicação de óbitos. (CFESS, 2010, p. 46-47)

Essas requisições podem desviar a/o assistente social dos princípios que norteiam a profissão. Moreno e Wanderley (2018, p. 7) vem apontando que é como se vivêssemos uma dicotomia entre a teoria e a prática, mais ainda, por existir uma cultura de enaltecimento da teoria somente nos espaços universitários e a prática a ser vista como uma ação corriqueira dentro do cotidiano do trabalho. Isso ocorre porque as/os assistentes sociais, muitas vezes, se veem pressionados por requisições urgentes dos usuários, de suas famílias e da própria instituição, além da falta de compreensão sobre suas reais atribuições, especialmente na alta complexidade.

Por esse motivo, é possível declarar que o não reconhecimento das atribuições da/o assistente social tem se tornado um desafio constante para o profissional na Política de Saúde, bem como em outras políticas. Isso se intensificou ainda mais no contexto da pandemia da COVID-19, crise sanitária que afetou diversas áreas do país e trouxe impactos significativos no exercício profissional do Serviço Social.

No início de 2020, profissionais da saúde de todo o Brasil foram convocados a atuar no combate à pandemia da COVID 19, um período composto por negacionismo exacerbado, desmonte nas políticas públicas e retrocesso na saúde pública brasileira, como já foi esclarecido. Desse modo, as equipes multiprofissionais de saúde tiveram a necessidade de atender as demandas para lidar com a crise.

Para os profissionais do Serviço Social, coube o desafio de atender requisições como: informações para familiares ou amigos/as sobre quadro clínico, informe sobre a transferência de unidade de saúde, solicitação para que familiares

compareçam à unidade a fim de que sejam informados sobre óbito ou a própria comunicação de óbitos. (Matos, 2021, p. 131)

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

Assim sendo, de acordo com a análise de Soares, Correia e Santos (2021), no primeiro momento, grande parte das/os assistentes sociais tiveram que lidar com dois importantes tensionamentos: as dificuldades de acesso a equipamentos de proteção individual (EPI) e a demarcação de suas atribuições e competências profissionais. Além disso, foi um período demarcado por sobrecarga no trabalho, atendimentos imediatos, jornadas de trabalho extensas, adoecimento psicológico, exposição ao vírus.

Por conta desse tensionamento, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), juntamente com os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), elaboraram o Parecer Jurídico CFESS nº5/2020-E, com a proposta de reivindicar a disponibilização adequada de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), para as/os assistentes sociais em meio à crise, no qual foi tomadas medidas cabíveis após o Parecer.

Nesse panorama, compreende-se que o século XXI carrega alguns percalços na saúde pública como no século passado. Conforme Costa (2000, p. 8-9) “na nova sistemática de operacionalização do SUS, podemos observar a persistência de situações que historicamente fazem parte das dificuldades do sistema e, ao mesmo tempo, a emergência de novas problemáticas que derivam da atual reestruturação”. Ademais, aponta que,

ainda que incipientes, as mudanças operacionalizadas no SUS têm apresentado novas requisições para o trabalho dos profissionais de saúde, particularmente do assistente social. Dessa forma, além das tradicionais requisições, no contexto de implantação do SUS vem demandando que esse profissional:

- Tenha a capacidade e a habilidade para explicar as mudanças propostas, e as em curso;
- Conheça a realidade econômica, social, cultural e, sobretudo, o nível de organização política dos usuários da localidade e área em que trabalha;

- Domine conhecimentos e técnicas para assessorar e mesmo desencadear processos de mobilização, em que, mais que interpretar as mudanças em curso, requer o trabalho de mobilizar no sentido de convocar vontades (discursos, decisões e ações) no sentido de se engajar no referido processo. (Costa, 2000, p. 38)

O Serviço Social se insere em todos os níveis de atenção à saúde. No entanto, na alta complexidade, que corresponde à atenção terciária, as ações profissionais cotidianas são mais complexas devido à natureza dos casos e requisições encontradas nesse nível de atenção.

Na alta complexidade em saúde, o exercício profissional do Serviço Social se realiza em torno de um contexto mais complexo e desafiador, por se tratar de um ambiente com requisições especializadas, que muitas vezes não foram possíveis de serem atendidas na baixa ou média complexidade. Por isso, para Vasconcelos (2010) é priorizando as reais demandas dos usuários, nem sempre aparentes, que poderemos dar alguma contribuição significativa na concretização do SUS como está garantido na Constituição de 1988.

Dias (2018, p. 11), aponta que a saúde é posta como um espaço conflitante para a/o assistente social, principalmente na alta complexidade, onde os pacientes estão fragilizados necessitam de proteção e orientação dos seus direitos sociais. Por isso, o profissional precisa estar preparado para atender esses conflitos e garantir que os usuários compreendam os seus direitos e tenham acesso aos serviços necessários.

A atuação na alta complexidade também envolve articulação entre diferentes políticas sociais, como encaminhamentos para outros serviços de saúde ou de assistência social, como já foram citados os benefícios assistenciais e eventuais, anteriormente. Isso demanda intervenções especializadas que garantam os direitos sociais dos usuários.

Diante dos desafios e limites impostos à atuação da/o assistente social na alta complexidade, torna-se evidente a necessidade de problematizar as condições de trabalho e a lógica imediatista que permeia o cotidiano institucional. A sobrecarga de demandas, a escassez de recursos, a precarização da infraestrutura e a dificuldade de inserção no trabalho interprofissional impõem obstáculos à materialização de uma prática crítica e propositiva.

Apesar dos desafios presentes, a saúde é um campo fértil para a luta e resistência do Serviço Social na defesa dos direitos sociais e no combate às

barreiras impostas pela mercantilização da saúde. A resistência se dá por meio de um trabalho ético, articulado aos demais profissionais de saúde e às políticas públicas, tendo como resultado, a força para enfrentar um sistema marcado pela lógica do mercado e pelo imediatismo. No entanto, é justamente nesse cenário que se reafirma a importância do Serviço Social enquanto profissão comprometida com a garantia de direitos dos usuários, exigindo a ampliação do debate e a construção coletiva de estratégias que possibilitem superar os limites impostos e fortalecer a atuação profissional.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, entende-se que a história da Política de Saúde brasileira é marcada por uma série de lutas e conquistas por um sistema de saúde integral e universal para toda a população, que teve sua construção na década de 1970 através das mobilizações da sociedade que revolucionaram o cenário da saúde no Brasil, como já foi observado.

A abordagem adotada com os novos modelos de gestão na saúde levaram à precarização das condições de trabalho dos profissionais de saúde, estendendo-se até o Serviço Social, como foi destacado o modelo da EBSEH. Além disso, esse modelo afetou a participação das universidades federais na gerência das políticas públicas de saúde e conseqüentemente, no ensino e pesquisa dos estudantes e profissionais.

Desde a inserção do Serviço Social como profissão de saúde, o trabalho da/o assistente social é voltado para os determinantes sociais, com a finalidade de atender as demandas impostas pelo SUS e pelos usuários de tal. Em vista disso, esse profissional tem o desafio de atuar em seu cotidiano na busca do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde como parte do processo saúde-doença e, de desenvolver ações promovendo a saúde universal e integral, levando em conta as condições de vida dos usuários.

Os profissionais de Serviço Social exercem o seu papel na alta complexidade em saúde considerando não apenas a doença, mas todo o contexto social dos cidadãos e as necessidades individuais de cada um. É identificando os determinantes sociais e fazendo a mediação dentro dos espaços em saúde, que a/o assistente social vem desempenhando a sua prática e contribuindo na viabilização de direitos da população.

De fato, o exercício profissional da/o assistente social na alta complexidade carrega inúmeras requisições e se torna mais singular, devido à contribuição com o atendimento das demandas da população, requerendo cuidados especializados com os usuários. Essas requisições envolvem aspectos éticos, políticos, técnicos e operativos, que instiga a/o profissional a desenvolver competências e habilidades

para atuar de forma qualificada e comprometida com a defesa da saúde como direito universal.

Dias (2018, p.11), ao descrever as especificidades da alta complexidade, destaca que a/o assistente social foi historicamente inserido neste campo, buscando a garantia de acesso aos direitos neste espaço, fazendo um papel informativo sobre o mesmo e, enfatiza que a distribuição de recursos, o funcionamento e qualidade ao serviço e a falta de conhecimento e informação da população sobre seu papel e seus princípios, são dificuldades que o profissional enfrenta na alta complexidade.

Observou-se que o Serviço Social enfrenta novos desafios diante das transformações sociais, políticas e econômicas que impactam as políticas públicas de saúde no país. Nesse contexto, a/o assistente social atua em um cenário marcado pela crescente mercantilização e privatização da saúde, resultado da redução do papel do Estado na garantia dos direitos sociais, da flexibilização das relações de trabalho e da transferência de recursos e serviços públicos para o setor privado. Esse quadro impõe limites à atuação profissional, ao mesmo tempo em que exige a construção de estratégias de resistência e reafirmação do compromisso com a defesa do direito à saúde como um bem público e universal.

Diante desse cenário, o sistema de saúde pública brasileiro deve estar preparado para enfrentar essas transformações, garantindo respostas eficazes às necessidades da população e assegurando a oferta de serviços de saúde diante da crescente demanda, sempre considerando os determinantes sociais. Investir na prevenção, na integralidade e na descentralização dos serviços é uma estratégia essencial para a melhoria da qualidade do atendimento, além de contribuir para a eficiência na prestação de serviços, inclusive na alta complexidade, reforçando o compromisso com um sistema de saúde público, universal e acessível.

Como foi abordado, na alta complexidade em saúde, o cotidiano da/o assistente social envolve um contexto de demandas urgentes, complexas e diversificadas, que exigem conhecimentos e competências para lidar com situações de emergência, de vulnerabilidade social, perdas, limitações, sofrimento, conflitos, entre outras que afetam os usuários que demandam os serviços neste nível de complexidade.

Este é considerado um campo desafiador, onde o profissional é chamado a atuar na defesa dos direitos sociais dos usuários, na participação, no controle social, na promoção da cidadania, na educação em saúde, entre outras ações. Além disso,

também é um espaço de mediação entre as demandas imediatas dos usuários e as condições institucionais.

Somado a isso, compreende-se que o cotidiano do Serviço Social na área da saúde é pautado na efetivação das políticas públicas de saúde, em diferentes níveis de complexidade, envolvendo diversos aspectos como requisições, competências e estratégias, a partir da atuação visando a viabilização dos direitos sociais e melhor qualidade de vida dos usuários presentes no âmbito hospitalar.

Por fim, é importante destacar que “na particularidade de cada vida estão expressas, aos olhos do profissional, várias dificuldades de se viver nesse mundo, mas também várias estratégias de resistência”. (Matos, 2013, p. 146). Assim, entende-se que o Serviço Social no campo da saúde pode vir a contribuir para a ampliação das políticas públicas frente ao cenário de reforma do Estado, utilizando como horizonte a efetivação do direito à saúde como um direito humano. A profissão tem o desafio de atender às requisições institucionais e da população, tendo como referência o projeto ético-político da profissão, que defende a efetivação do direito à saúde e os princípios do SUS, exercendo seu papel de forma integrada com as demais categorias profissionais de saúde. Dessa maneira, é necessário que a/o assistente social tenha como base legal os documentos fundamentais para orientação das suas práticas no cotidiano profissional, bem como a viabilização de direitos dos usuários da Política de Saúde.

REFERÊNCIAS

ANDREANI, Jacqueline Fernandes; DIAS, Miriam Thaís Gutierrez; DALPIAZ, Ana Kelen. **Reflexões acerca das requisições ao trabalho do/a assistente social na alta complexidade em saúde**. Serviço Social & Sociedade, v. 147, n. 3, 2021. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/serv-soc-debate/article/view/4666/3901>.

AMORIM, Beatriz Penha Rodrigues. **Privatização e mercantilização da saúde: um estudo sobre os impactos da gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA)**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/2117/2/Beatriz%20Penha%20Rodrigues%20Amorim.pdf>.

BARBOSA, Viviane Cristina. **Serviço Social e saúde: relação antiga, desafios presentes**. Revista Em Pauta, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. 240-254, set. 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/45242/30955>.

BRASIL. **Cartilha sobre Organizações Sociais de Saúde (OSS)**. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2017. Disponível em: https://www.comunicacao.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/v.5-Cartilha_OSS.pdf

_____. Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma**, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2019/maio/8a-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

_____. **Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010**. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/Decreto/D7082.htm.

_____. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Hospital Universitário da UFMA: histórico de competência e referência**. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/governanca/hu-ufma/hospital-universitario-da-ufma-historico-de-competencia-e-referencia>.

_____. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Nossa História - HU-UFMA**. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/governanca/hu-ufma/nossa-historia>.

_____. Ministério da Saúde. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Elaborado por Barjas Negri. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/a_politica_de_saude.pdf.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo**. 2022. Disponível

em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>

_____. Ministério da Saúde. **Carta de direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf

_____. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1986. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Secretaria de Comunicação Social, 2024. Disponível em:

<https://www.gov.br/secom/pt-br/aceso-a-informacao/comunicabr/lista-de-acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia>.

_____. Ministério da Saúde. **Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos**. Brasília: UNA-SUS, 2021. Disponível em:

<https://www.unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos>.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf.

_____. Ministério da Saúde. **SUS: a saúde do Brasil**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf

_____. Presidência da República. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm.

_____. Presidência da República. **Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020**. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13982.htm.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

_____. Presidência da República. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm.

_____. Presidência da República. **Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999**. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9790.htm.

_____. **Projeto de Lei Complementar nº 92, de 2007**. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=484676&filename=Avulso+-PLP+92/2007.

BRAVO, Maria Inês de Souza; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. **Política de saúde e a formação dos trabalhadores no sistema único de saúde**. Revista Libertas, v. 19, n. 2. Juiz de Fora, 2019. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/index.php/libertas/article/view/27313/19927>.

_____, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. In: Política Social e Democracia / Maria Inês Souza Bravo, Potyara Amazonaida P. Pereira (orgs)— 4. Ed. — São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

_____, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate**. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf>.

_____, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1. ed. – Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011.

_____, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger. **Avanços das Contrarreformas na Saúde no Governo Temer**. Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, v. 1, n. 1, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/download/22056/17238>.

_____, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional / Ana Elizabete Mota... [et al.], (orgs) – 4. Ed – São Paulo: Cortez; Brasília< DF: OPAS, OMS, Ministerio da Saúde, 2009

CARDOSO, Priscila Fernanda Gonçalves; FERRAZ, Ivelize Oliveira. **Cotidiano do Trabalho Profissional da Assistente Social: Reflexões a Partir do Pensamento de Lukács e Heller**. Serviço Social & Sociedade, v. 147, n. 3, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/download/22124/14632>.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **A gente quer o CFESS no CNAS!**. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/o-cfess>.

_____. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Brasília, DF, 1993. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf.

_____. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993.** Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde.** Brasília, DF, 2010. Disponível em:
http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualcao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf.

_____. **Parecer Jurídico nº 05/2020-E, de 24 de abril de 2020.** Disponível em:
<https://www.cfess.org.br/arquivos/Cfess-ParecerJuridico05-2020-E-EPI.pdf>.

_____. **Resolução CFESS nº 383/99, de 29 de março de 1999.** Disponível em:
https://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf.

_____. **Serviço Social: valorize essa profissão!** Brasília, DF, 2006. Disponível em:
https://www.cfess.org.br/arquivos/folder_cofisite.pdf.

CAMPOS, Gleisa; LEMOS, Silse Teixeira de Freitas. **Integralidade no Sistema Único de Saúde: contribuições do assistente social na alta complexidade.** X Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís, Universidade Federal do Maranhão, 2021. Disponível em:
http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissaoid_300300611a867b2c466.pdf.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) Assistentes Sociais.** Revista Serviço Social & Sociedade, 62, 35-71. São Paulo: Cortez, 2000. Disponível em: <https://www.unijales.edu.br/library/downebook/id:473>.

DIAS, Eliene Ramos de Oliveira. **A atuação do assistente social na saúde dentro da alta complexidade: uma análise bibliográfica.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Escola de Humanidades e Direito, Universidade Paulista, Brasília, 2018. Disponível em:
<https://repositorio.ucb.br:9443/jspui/bitstream/123456789/11391/1/ElieneRamosdeOliveiraDiastCCGradua%c3%a7%c3%a3o2018.pdf>.

GOES, Alberta Emilia Dolores de. **Reflexões sobre o Cotidiano e a Ética Profissional no Serviço Social.** Temporalis, v. 18, n. 36, 14–27, 2018. Disponível em:
<https://doi.org/10.22422/temporalis.2018v18n36p14-27>.

GUERRA, Yolanda Aparecida Demetrio. **Expressões do pragmatismo no Serviço Social: reflexões preliminares.** Revista Katálisis, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 39-49, 2013. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rk/a/YC4WByMy9S8rWF7qwRZff8y/?format=pdf&lang=pt>.

HELLER, Agnes. **Estrutura da Vida Cotidiana.** In: **O cotidiano e a história.** 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1970.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na cena contemporânea.** In: CFESS; ABEPSS, 2009. Disponível em:
<https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/o-servico-social-na-cena-contemporanea-201608060403123057450.pdf>.

LACERDA, Lélica Elis P. de. **Exercício profissional do assistente social: da imediatividade às possibilidades históricas.** *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n.

117, p. 22-44, jan./mar. 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/fzRhbq3nNXppSby5K4k4Xjh/?format=pdf&lang=pt>.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria.

Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e troços na construção de um sistema universal. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, supl. 2, p. 1-19,

2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/HfmStkr5tNJKCCZW8qQdvz/?format=pdf&lang=pt>.

MACHADO, Thiago de Oliveira; SANTOS, Tatiane Valéria Cardoso dos. **A mercantilização da saúde e determinantes sociais: desafios ao assistente social.** In: Anais do 16º

Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Vitória - ES, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ufes.br/abepss/article/download/22509/15007>.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares:**

desafios cotidianos. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, v. 36, n. 107, p. 497-508,

jul./set. 2011. DOI: 10.1590/S0101-66282011000300007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/9SbgQxd7Wm6WLGyQ9R5WbYN/?format=pdf&lang=pt>.

_____. **Serviço social na área da saúde: uma relação histórica.** Intervenção Social, n. 28, p. 9-18, 2003. Disponível em:

<https://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/download/1060/1181>.

MATOS, Maurílio de Castro. **Assistente Social: Trabalhador(a) da Área da Saúde.**

Reflexões a Partir do Debate Brasileiro. Interações: Sociedade e as novas modernidades, n. 17, p. 45-63, 2009. Disponível em:

<https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/315/327>

_____. **Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade.** Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 124, p. 678-698, out./dez, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/zKqHPXTYyTSPvMBrGZnzm/?format=pdf&lang=pt>.

_____. **O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da Covid-19.** Humanidades & Inovação, v. 8, n. 35, 2021. Disponível em:

<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/download/5340/2648>.

_____. **O trabalho coletivo em saúde e a interdisciplinaridade: desafios postos ao Serviço Social na atualidade.** Revista Katálysis, v. 18, n. 2, 2015.

_____. **Serviço social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional.** 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2013.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; MELO, Marina. **Continuum de desmontes da saúde pública na crise do covid-19: o neofascismo de Bolsonaro.** Saúde e Sociedade, Brasília, DF, v. 32, n. 1, p. 1-13, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4nFqGgLQ5wL5wHGjtJfntNS/?format=pdf&lang=pt>.

MENEZES, Debora Holanda Leite. **A Política de Saúde Brasileira: os impactos da década de 90 aos dias atuais.** V Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís, Universidade Federal do Maranhão, 2011. Disponível em:

http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASS_ES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/A_POLITICA_DE_SAUD_E_BRASILEIRA_OS_IMPACTOS_DA_DECADA_DE_90_AOS_DIAS_ATUAIS.pdf.

MORENO, Roberta Vilela; WANDERLEY, Mariângela Belfiore. **O trabalho do assistente social na política de saúde: desvendando de seu exercício profissional**. XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, v. 1, n. 1, 1-14, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/download/22538/15035>.

NEULLS, Talita Fernandes. **Humanização em Saúde frente ao Processo de Precarização do Trabalho: Análise acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde no âmbito do SUS**. 2016. 173 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/813/1/Dissertacao-TalitaFernandesNeulls.pdf>.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?format=pdf&lang=pt>.

PEREIRA, Larissa Dahmer. **A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 14, n. 2, p. 363-382, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/QtRPncp4nFFLnRKLDRnVx/?format=pdf&lang=pt>.

ROSÁRIO, Celita Almeida; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; MATTA, Gustavo Corrêa. **Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 17-31, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xmZCCHhzYYd7CwZfnsVnTQp/?format=pdf&lang=pt>.

SALVADOR, Marina Alvares Côrtes; TERRA, Paula Valéria de Oliveira; ARÊAS, Raquel dos Santos. **POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: história e desafios atuais**. VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís, Universidade Federal do Maranhão, 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/politica-de-saude-no-brasil-historia-e-desafios-atuais.pdf>.

SILVA, Joelcio Jackson Lima; SANTOS, Viviane Medeiros dos; CORREIA, Maria Valéria Costa. **Política de Saúde e desmonte do SUS no Governo Temer**. SER Social, v. 23, n. 48, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/359639875_Politica_de_Saude_e_Desmonte_do_SUS_no_Governo_Temer.

SILVEIRA, Sandra Amélia Sampaio da; RODRIGUES, Neyde Jussara Gomes Abdala. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH): (in)compatibilidades com o SUS**. Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, v. 1, n. 1, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/download/22742/15205>.

SOARES, Raquel Cavalcante; CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. **Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 140, p. 118-133, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/B3QvfrsQcsNy6H3vP5ZrTmS/?format=pdf&lang=pt>.

SODRÉ, Francis. **Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/RzTqSGSgYj69MbtN9tzk9tP/?format=pdf&lang=pt>.

SOUZA, Renilson Rehem de. **O sistema público de saúde brasileiro**. Editora MS. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf.

VASCONCELOS, Ana Maria. **Saúde e Serviço Social: tendências nos anos 2000**. Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:
https://www.unirio.br/cchs/ess/Members/janaina.bilate/programas-disciplinas-2017.1/estagio-supervisionado-ii/saude-e-servico-social-tendencias-nos-anos-2000/at_download/file.

XISTRA, Michelle da Silva. **Serviço Social: Cotidiano e Processo de Formação**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em:
<https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/8239/1/MXistra.pdf>.