



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UnB)
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS (IH)
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL (SER)

ARLETH RODRIGUES DOS SANTOS

**A ATUAÇÃO DA/O ASSISTENTE SOCIAL PLANTONISTA EM UNIDADE
HOSPITALAR**

BRASÍLIA/DF

2025

ARLETH RODRIGUES DOS SANTOS

**A ATUAÇÃO DA/O ASSISTENTE SOCIAL PLANTONISTA EM UNIDADE
HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Dra. Isabela Ramos Ribeiro

BRASÍLIA/DF

2025

ARLETH RODRIGUES DOS SANTOS

**A ATUAÇÃO DA/O ASSISTENTE SOCIAL PLANTONISTA EM UNIDADE
HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 18/02/2025

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dra. Isabela Ramos Ribeiro (Orientadora)
Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília

Prof.^a Dra. Lucélia Luiz Pereira (Examinadora Interna)
Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília

Assistente Social Letícia Maria Ferreira (Examinadora Externa)

BRASÍLIA/DF

2025

AGRADECIMENTOS

“Liberdade é pouco. O que eu desejo ainda não tem nome”
(Clarice Lispector, 1943).

Ao refletir sobre essa frase, percebo como a superação foi um processo constante e contínuo, não apenas ao longo de minha jornada acadêmica, mas também durante a elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso. Assim como a busca por algo que ainda não tem nome, a jornada acadêmica foi marcada pela busca constante por conhecimento, crescimento e evolução. Por mais que as dificuldades me surpreenderam, eu sempre voltava para casa com a certeza de que a universidade seria a minha base, a minha força, o meu alicerce, e que lá encontraria inúmeros exemplos de superação.

Dessa forma, inicio meus agradecimentos a Deus, que me direcionou o caminho em todos os momentos em que pensei em desistir. Durante este processo, passei por momentos extremamente difíceis, como doenças que acometeram a mim e à minha família e a perda do meu pai, desafios que me testaram de maneiras que jamais imaginei. Cada uma dessas situações me levou a questionar minha capacidade de seguir em frente, mas foi também nesse momento de dor e fragilidade que encontrei forças para persistir. Agradeço a Deus por me dar coragem, por me ajudar a buscar dentro de mim o que parecia impossível e por me guiar até aqui.

Quero expressar minha sincera gratidão a todas as pessoas que contribuíram de forma significativa para a realização deste Trabalho de Conclusão de Curso e para a minha jornada acadêmica.

Agradeço imensamente a Dra. Isabela Ramos Ribeiro pela orientação valiosa, paciência, dedicação e apoio constante ao longo de todo o processo. Suas observações e sugestões foram essenciais para tornar este trabalho ainda mais construtivo e enriquecedor. Também agradeço à Dra. Lucélia Luiz Pereira e à Leticia Ferreira por aceitarem integrar a banca examinadora. Vocês fizeram parte da minha trajetória acadêmica, proporcionando uma visão ampliada sobre o campo da saúde durante o processo de Estágio I e II. Muito obrigada!

Agradeço às minhas colegas de curso, Gabriela, Ketlen, Edna e Juliana, que estiveram ao meu lado desde o início da graduação, me apoiaram, me acolheram e aceitaram os desafios que surgiram ao longo da nossa formação. Em especial, destaco a amiga Edna, pela troca de ideias, apoio mútuo e incentivo durante toda a jornada acadêmica.

Meu mais profundo agradecimento à minha família, aos meus filhos Mirella e João Henrique, e ao meu companheiro André, pelo amor, compreensão e apoio incondicional. Vocês

estiveram ao meu lado em todos os momentos, compartilhando os desafios e oferecendo carinho e força quando mais precisei. Sem vocês, nada disso seria possível.

Gratidão aos meus irmãos: Natália, Lourimar, Elicia, Edite e Maurícia, e aos meus sobrinhos e sobrinhas, em especial à Natali, pelo apoio. A jornada foi mais leve com a presença de cada um de vocês.

In memoriam, à minha mãe Natalina e ao meu pai Henrique, que me ensinaram a ir em busca dos meus sonhos. Sei que, de onde estiverem, estão orgulhosos e radiantes pela conquista de sua filha, a primeira da família a se formar em uma universidade federal.

Por fim, agradeço à Universidade de Brasília (UNB) e ao Departamento de Serviço Social por me proporcionarem a oportunidade de aprendizado e crescimento intelectual, e às pessoas que contribuíram para que essa conquista fosse possível. Este trabalho não é apenas o resultado de horas de pesquisa e esforço acadêmico, mas também o reflexo de uma jornada de superação, em que os momentos de dúvida e vontade de desistir foram vencidos pela força interna que encontrei em mim. Por isso, cada conquista tem um valor imensurável. Obrigada!

“O momento que vivemos é pleno de desafios.
Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso
ter esperanças e enfrentar o tempo presente”.

Marilda Iamamoto

SANTOS, Arleth Rodrigues. A atuação do assistente social plantonista em unidade hospitalar. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade de Brasília: UnB, 2025.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem por objetivo compreender o papel do assistente social que atua em regime de plantão nas unidades hospitalares, bem como suas possibilidades de intervenção no âmbito da saúde pública. Aborda como o plantão em unidades emergenciais exige do profissional conhecimentos e habilidades específicas para responder às demandas complexas, relacionadas a fatores que afetam o acesso e a continuidade do atendimento. A partir de uma perspectiva crítica, destaca-se o papel do Estado na garantia dos direitos e na implementação de políticas públicas que assegurem o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Discute-se ainda a importância e a efetividade das Políticas públicas, com foco na Política de Saúde, que visa atender às necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Também se examina a articulação do Serviço Social como meio de garantir o acesso aos direitos sociais. Dentro dessa discussão, examina-se as formas de atuação do assistente social, cuja atribuição é fundamental para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Por meio do levantamento bibliográfico, que incluiu a seleção de artigos, e da análise documental dos relatórios de estágio supervisionado I e II realizados no Hospital Universitário de Brasília/DF, foram identificados os principais resultados. Estes apontam que os assistentes sociais plantonistas desempenham um papel fundamental na efetivação dos direitos dos usuários dos serviços de saúde, levando em consideração suas necessidades individuais e atuando no acolhimento, resolução de conflitos, escuta qualificada, entre outras atividades essenciais. Dentre os principais desafios, destacam-se: a sobrecarga de demandas, a falta de recursos, a fragmentação do atendimento, e a descontinuidade do cuidado devido à alternância de plantões, entre outros. Esses fatores exigem dos profissionais uma postura crítica e reflexiva para viabilizar o acesso aos serviços de saúde e garantir um atendimento humanizado e integral.

Palavras-chave: Política de Saúde; Serviço Social; Trabalho em Hospitais; Assistente Social Plantonista; Serviço Social no Pronto Atendimento.

SANTOS, Arleth Rodrigues. The performance of the social worker on duty in a hospital unit. Final Project in Social Work. University of Brasilia: UnB, 2025.

ABSTRACT

This Final Course Work (TCC) aims to understand the role of the social worker who works on call in hospital units, as well as their possibilities for intervention in the scope of public health. It addresses how emergency unit duty requires professionals to have specific knowledge and skills to respond to complex demands related to factors that affect access to and continuity of care. From a critical perspective, the role of the State in guaranteeing rights and implementing public policies that ensure universal and equal access to health services is highlighted. The importance and effectiveness of public policies are also discussed, with a focus on health policy, which aims to meet the needs of health service users. The articulation of Social Services as a means of guaranteeing access to social rights is also examined. Within this discussion, the forms of action of the social worker are examined, whose role is fundamental for the construction of a more just and egalitarian society. Through the bibliographic survey, which included the selection of articles, and the documentary analysis of the internship I and II reports carried out at the University Hospital of Brasília/DF, the main results were identified. These indicate that on-call social workers play a fundamental role in ensuring the rights of health service users, taking into account their individual needs and acting in reception, conflict resolution, qualified listening, among other essential activities. Among the main challenges, the following stand out: the overload of demands, the lack of resources, the fragmentation of care, and the discontinuity of care due to alternating shifts, among others. These factors require professionals to adopt a critical and reflective stance to facilitate access to health services and ensure humane and comprehensive care.

Keywords: Health Policy; Social Work; Hospital Work; On-Call Social Worker; Social Work in Emergency Care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS - Centros de Apoio Psicossocial

CEPEDISA/USP - Centro de Pesquisas em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPA - Centro de Pronto Atendimento

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC - Emenda Constitucional

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HUB - Hospital Universitário de Brasília

IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IGES-DF - Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

LBA - Legião Brasileira de Assistência

MDB - Movimento Democrático Brasileiro

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

NRAD - Núcleo de Atenção Domiciliar

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONGs - Organizações não Governamentais

OS - Organizações Sociais

PASS-UPA - Protocolo de Atendimento do Serviço Social nas Unidades de Pronto Atendimento

PNH - Política Nacional de Humanização

PNHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar

PT - Partido dos Trabalhadores

PTNED - Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RSI - Regulamento Sanitário Internacional

SES-DF - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UNB - Universidade de Brasília

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

USF - Unidades de Saúde da Família

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1 - POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	13
1. 1 POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL.....	14
1. 2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	23
CAPÍTULO 2 - O TRABALHO EM HOSPITAIS.....	30
2. 1 ORGANIZAÇÃO DO SUS.....	31
2. 2 DINÂMICA DO TRABALHO NAS UNIDADES HOSPITALARES.....	35
CAPÍTULO 3 - O SERVIÇO SOCIAL NO SERVIÇO DE PLANTÃO HOSPITALAR..	38
3. 1 ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA.....	41
3. 1. 1 O Serviço Social no Distrito Federal.....	45
3. 1. 2 O Trabalho do Assistente Social na Alta Complexidade.....	48
3. 2 DESAFIOS PARA O/A ASSISTENTE SOCIAL NO PLANTÃO EM PRONTO ATENDIMENTO NO ÂMBITO DO SUS.....	52
3. 2. 1 O trabalho do Assistente Social Plantonista a partir da experiência no Hospital Universitário de Brasília (HUB).....	54
3. 2. 2 Análise dos Desafios do Plantão do Serviço Social.....	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
APÊNDICES	69
APÊNDICE 1: Tabela Fonte de Pesquisa	69

INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil avançou significativamente na garantia do direito universal à saúde com a implementação do SUS em 1990, representando um marco na história da saúde pública do país. Todavia, mesmo com os avanços, o sistema ainda enfrenta desafios estruturais que impactam diretamente a população, como a sobrecarga dos serviços, a escassez de recursos e a fragmentação do atendimento. Em meio a esse cenário, o Serviço Social assume um papel essencial na efetivação das políticas públicas sociais, garantindo que os usuários tenham acesso aos direitos fundamentais.

O assistente social na saúde, desempenha funções cruciais na mediação entre usuários e os serviços de saúde, articulando estratégias que visam reduzir as desigualdades no atendimento e orientando sobre os direitos sociais, sempre considerando as vulnerabilidades e especificidades de cada indivíduo. Dentro das unidades hospitalares, o assistente social plantonista tem um papel estratégico na articulação entre equipe multiprofissional, pacientes e familiares, destacando-se em situações emergenciais por meio do suporte socioassistencial, escuta qualificada e da orientação sobre direitos sociais.

Além disso, o assistente social plantonista enfrenta desafios inerentes ao ambiente de atuação como a alta rotatividade dos pacientes, a burocracia do sistema de saúde e a necessidade de soluções rápidas para demandas complexas. O trabalho exige do profissional não apenas conhecimento técnico, mas também sensibilidade e capacidade de mediação para minimizar os impactos das desigualdades sociais na assistência à saúde.

Diante desse panorama, em que a atuação do profissional se desenvolve em um ambiente desafiador, marcado por questões econômicas, políticas e sociais que podem limitar o acesso dos usuários aos serviços e dificultar a oferta de um cuidado adequado, este trabalho busca demonstrar a importância da atuação do assistente social no contexto hospitalar, identificando os desafios enfrentados e propondo estratégias para a melhoria da assistência, tornando-a mais integral e humanizada.

Nesse contexto, a escolha do tema foi motivada pelas experiências vivenciadas durante o estágio obrigatório realizado no pronto atendimento do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Essas vivências, aliadas à leitura crítica ao longo da graduação, proporcionaram uma compreensão mais profunda sobre a realidade dos assistentes sociais na saúde, despertando questionamentos acerca da atuação dos profissionais nesses espaços. Esse processo levou à reflexão sobre a importância de compreender mais profundamente como as intervenções ocorrem no cotidiano hospitalar.

Diante disso, o objetivo geral do presente trabalho é compreender o papel do assistente social que atua em regime de plantão em unidades hospitalares, bem como suas possibilidades de intervenção no âmbito da saúde pública. Para isso, buscou-se alcançar tal objetivo traçando os seguintes objetivos específicos: identificar os marcos de desenvolvimento da política de saúde no Brasil e os desafios para sua implementação; verificar como se organiza o SUS e a dinâmica de trabalho nos hospitais; explicitar a inserção e a abordagem do Serviço Social nas unidades hospitalares e no plantão em pronto atendimento; e evidenciar os desafios e barreiras que o assistente social enfrenta na resolução das demandas durante o plantão.

A pesquisa fundamentou-se em uma abordagem qualitativa e exploratória, utilizando os seguintes procedimentos metodológicos. Nesse escopo, foi realizada uma revisão bibliográfica e análise documental, contemplando artigos acadêmicos, obras teóricas e legislações pertinentes ao tema. Para o levantamento bibliográfico, utilizou-se o Google Acadêmico como base de dados, adotando as principais palavras-chave: Política de Saúde; Serviço Social; Trabalho em Hospitais; Assistente Social Plantonista; Serviço Social no Pronto Atendimento. A partir da análise dos resumos dos artigos, foram selecionados 29 (vinte e nove) textos, independentemente do período de publicação, conforme detalhado na Tabela do Apêndice 1 deste TCC, além de legislações relacionadas ao SUS, à EBSEH, entre outras. Também foram utilizadas como referências as experiências vivenciadas durante o estágio supervisionado no Centro de Pronto Atendimento do HUB. As atividades realizadas foram sistematizadas nos relatórios de estágio I e II e ocorreram no período de 22 de janeiro a 24 de setembro de 2022, com carga horária de 480 (quatrocentas e oitenta) horas, o que possibilitou uma reflexão aprofundada sobre o papel do assistente social plantonista no pronto atendimento dentro da política de saúde.

Essa experiência revelou a importância de uma estrutura estatal organizada, com a criação de políticas públicas e legislações que assegurem o reconhecimento dos usuários como dignos de proteção. Nesse contexto, a atuação do assistente social se integra a um sistema que visa garantir a dignidade e o acesso à saúde para todos. Como destaca MATTA *et al.* (2021, p. 65), “a criação de políticas públicas e de legislações que possam garantir e produzir esquemas de inteligibilidade para a produção de reconhecimento das vidas como dignas de proteção é fundamental”.

Composto por três capítulos, este trabalho se estrutura a partir dos objetivos propostos. O primeiro capítulo aborda a política de saúde no Brasil, sua evolução histórica e os desafios enfrentados pelo SUS na atualidade. O segundo capítulo discute a organização do trabalho no

SUS e nas unidades hospitalares, com foco na dinâmica das equipes multiprofissionais. Por fim, o terceiro capítulo evidencia especificamente a atuação do Serviço Social na política de saúde, com destaque para o papel do assistente social plantonista no pronto atendimento hospitalar, destacando as dificuldades enfrentadas e as estratégias adotadas para garantir a efetivação dos direitos dos usuários.

A discussão acerca da atuação do assistente social nos plantões emergenciais hospitalares é complexa, pois envolve as especificidades do ambiente hospitalar, com suas demandas urgentes e o caráter do regime de plantão. No entanto, é fundamental para pensar formas de atuação que garantam um atendimento humanizado e equitativo, uma vez que os assistentes sociais enfrentam desafios na continuidade e integralidade do atendimento. Espera-se que este trabalho contribua para reflexões sobre a importância dos assistentes sociais plantonistas nesses espaços, que desempenham, um papel crucial na viabilização do direito à saúde e na mediação das demandas emergenciais, além de reforçar a necessidade de fortalecimento das políticas públicas voltadas à atenção integral aos usuários dos serviços de saúde.

CAPÍTULO 1 - POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Para traçar a história da política de saúde brasileira e entender como ela se tornou um pilar fundamental do bem-estar individual e coletivo, é necessário compreender sua origem, evolução e o modo como foi implementada ao longo do tempo. Essa compreensão requer uma análise das diferentes fases e transições pelas quais passaram as políticas de saúde, as influências políticas e sociais que moldaram as políticas atuais e as formas como essas políticas foram executadas para melhorar a qualidade de vida da população.

A política de saúde pode ser entendida como um conjunto de diretrizes estabelecidas pelo Estado para promover, proteger e melhorar a saúde da população, além de ser um processo que envolve uma série de ações direcionadas ao enfrentamento de situações identificadas como prioritárias na agenda pública. Nesse sentido, Paim e Teixeira (2006, p.74) definem política de saúde como “a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente”.

Ao avaliar o contexto de surgimento da política de saúde a partir do século XX, observa-se um histórico de mudanças substanciais em relação aos períodos anteriores. Embora já existissem, essa política não era abrangente e muito diferente da que conhecemos hoje. Assim, após a redemocratização, as políticas públicas planejadas nos níveis federal, estadual e municipal visam não apenas atender às demandas da população, mas também assegurar o direito à saúde de maneira universal e igualitária, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988 (Brasil,1988).

Para compreender o surgimento da política de saúde sob a responsabilidade do Estado, é necessário remontar à década de 1930, durante o governo de Getúlio Vargas, período marcado por transformações históricas que moldaram o sistema de saúde brasileiro. Nesse contexto, no presente capítulo faz-se um recorte temporal entre 1930 e 2022¹, e apresenta de forma sucinta o surgimento e a evolução das políticas sociais, destacando as diferenças entre as políticas atuais e as características dos períodos anteriores, bem como abordando os processos que marcaram essa trajetória, incluindo aspectos políticos, econômicos e sociais. Além disso, enfatiza-se o Projeto da Reforma Sanitária e os caminhos que levaram à construção e consolidação de um sistema de saúde público e universal. Também se discute o surgimento do Serviço Social e sua

¹O recorte temporal compreende o período de 1930 a 2022, uma vez que as fontes bibliográficas consultadas contemplam informações até esse período.

influência na criação de políticas. Esse panorama histórico fornecerá um embasamento fundamental para entender os desafios enfrentados pela política de saúde vigente.

1. 1 POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL

A Política Social se manifesta de maneira distinta em cada contexto sociocultural, emergindo como uma resposta às expressões da questão social². Ela desempenha um papel crucial no bem-estar social, influenciando diretamente a qualidade de vida e o desenvolvimento social das pessoas. Ademais, a Política Social constitui um campo de reivindicações para movimentos sociais e sindicais, com o objetivo de atender às necessidades básicas da população. As políticas sociais brasileiras, especialmente a de saúde, enfrentam dificuldades administrativas, orçamentárias e políticas ao longo dos anos. Nesse contexto, os desafios contemporâneos relacionados à saúde refletem uma análise crítica sobre as questões que afetam a proteção social nesse setor. As diferentes políticas (saúde, economia e social) influenciam-se mutuamente, ou seja, não atuam de forma isolada. As ações da política de saúde, geram impactos significativos na área social e econômica, evidenciando que a política de saúde não é apenas uma questão de saúde pública, mas está diretamente relacionada a questões sociais mais amplas.

A partir do século XX, o Brasil passou por transformações significativas impulsionado pelo avanço do capital industrial. Conforme Bravo *et al* (2006, p. 4), “o domínio do capital industrial teve como características principais, a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação”. E nesse contexto de mudanças, houve uma intensificação das reivindicações dos movimentos sociais e das manifestações dos trabalhadores que culminou na criação dos direitos sociais. É a partir daí, que a saúde então passa a ser vista como uma questão emergente, levando o Estado a reconhecer a importância de criar políticas sociais que atendessem as necessidades da época. Porém, as políticas sociais mais amplas e estruturadas só surgiram de forma significativa após a redemocratização, na década de 1980, com a Constituição Federal de 1988. Sobre o surgimento das políticas sociais, Behring e Boschetti (2007, p. 78) ressaltam que a primeira constatação é de que a política social chegou mais tardiamente no Brasil do que em países de economia desenvolvida.

²A expressão questão social, é compreendida como o “conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no curso da constituição da sociedade capitalista” (IAMAMOTO, 2009).

Ao discorrer sobre a política social no Brasil, é crucial ressaltar que as primeiras iniciativas do Estado estavam associadas à Lei Eloy Chaves, de 1923, que instituiu a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Elas tinham como objetivos garantir pensão aos trabalhadores em caso de acidente de trabalho, doença e aposentadoria. Embora estivessem relacionadas principalmente aos benefícios previdenciários, também deveriam oferecer algum nível de assistência médica aos trabalhadores vinculados ao sistema, como por exemplo, no caso de acidentes de trabalho. As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) foram o marco inicial para a origem da previdência social brasileira. Dessa forma, pode-se observar que as transformações econômicas desempenharam um papel crucial para o início das políticas sociais no Brasil.

Entre 1930 a 1964 o Brasil vivenciou um período marcado pela implementação de políticas sociais e pelo surgimento do Serviço Social como parte desse contexto. Durante o governo de Getúlio Vargas (1930), o país passou por mudanças significativas em sua estrutura estatal, e com o objetivo de impulsionar o crescimento econômico, foram criados os Ministérios do Trabalho, da Indústria e Comércio, da Educação e Saúde, marcando a consolidação das políticas sociais. O Estado alinhado ao desenvolvimento econômico e político, estabeleceu fundamentos para a estruturação de políticas sociais mais abrangentes.

As alterações ocorridas na sociedade brasileira a partir da década de 1930, têm como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais, além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores (Bravo *et al.*, 2006, p.3).

Nesse processo, pode-se relacionar a criação da primeira Escola de Serviço Social, inserida no contexto do capitalismo monopolista e influenciada por práticas conservadoras, refletindo as dinâmicas sociais e históricas da época. Junto à formulação das políticas sociais, o Serviço Social moldado pelo contexto histórico se desenvolveu atuando diretamente nas expressões da questão social relacionadas à saúde da população brasileira.

A relação entre política social e Serviço Social no Brasil começou a se fortalecer a partir dos anos 1930, quando o governo começou a fornecer assistência à população de forma mais abrangente e a criar políticas sociais, “pela via de processos de modernização conservadora” Behring e Boschetti (2007, p.13). Entretanto, a consolidação das políticas sociais só ocorreu de forma mais efetiva principalmente entre 1945 e 1964, quando o Estado se viu compelido a implementar políticas sociais para garantir à população condições mínimas de trabalho e sobrevivência. A saúde, que era vinculada ao Ministério da Educação, passava por situações caóticas, pois conforme Behring e Boschetti (2007, p. 107), “não existia uma política nacional”

voltada para a saúde até o período de 1930, e somente a partir daí o Estado começou a intervir nessa realidade.

Conforme Bravo *et al* (2006, p. 4), “as alterações ocorridas na sociedade brasileira a partir da década de 1930, possibilitaram o surgimento de políticas sociais nacionais que atendessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática”. As políticas de saúde “eram divididas em dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária”, sendo a primeira voltada para as ações de campanhas sanitárias em áreas rurais endêmicas, e a segunda, com ações curativista individual para atender os trabalhadores e seus dependentes (Bravo *et al*, 2006, p. 4). No entender de Paim (2015, p. 23), só tinha acesso aos benefícios da medicina previdenciária os trabalhadores brasileiros formalmente empregados, enquanto os demais precisavam custear seus cuidados de saúde ou recorrer às instituições filantrópicas. Ainda assim, a assistência que era caracterizada pela aquisição do setor privado, nem sempre priorizava a saúde, uma vez que os serviços prestados dependiam dos recursos disponíveis, e geralmente esses recursos eram desviados para projetos econômicos, limitando o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado posteriormente, emerge como resultado desses subsistemas que, conforme Bravo *et al* (2006, p. 20), o sistema de saúde “foi se consolidando como espaço destinado aos que não tinha acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado”.

Em 1933, como desdobramento da medicina previdenciária, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), substituindo as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que se configuraram como resposta do Estado às mobilizações dos trabalhadores. Vale destacar, que nesse período prevaleceu a assistência médica por meio da compra de serviços dos setores privados. Enquanto as CAPs tinham um modelo abrangente, o sistema previdenciário dos IAPs, era mais restritivo (Bravo *et al* 2006, p.20).

A saúde pública [...] teve como características: ênfase nas campanhas sanitárias; a interiorização das ações para as áreas de endemias rurais e a criação de serviços de combate às endemias. A medicina previdenciária teve como marco a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) criadas em 1923 (Bravo *et.al*, 2006, p.20).

Já em 1942, criou-se a Legião Brasileira de Assistência (LBA), “para atender às famílias das pracinhas, envolvidos na Segunda Guerra” (Behring e Boschetti, 2007, p.107). Nos anos subsequentes, a LBA consolidou-se como a principal articuladora das políticas de assistência social no Brasil, coordenando uma extensa rede de instituições privadas conveniadas. Essa atuação, no entanto, manteve um caráter predominantemente assistencialista, refletindo uma abordagem que priorizou a assistência imediata em detrimento de políticas públicas estruturais,

“fortemente seletiva e de primeiro-damismo, o que só começará a se alterar muito tempo depois, com a Constituição de 1988” (Behring e Boschetti, 2007, p.108).

Entre o fim da Segunda Guerra Mundial e o golpe militar de 1964, a política de saúde no Brasil consolidou-se com a expansão dos serviços de saúde. A partir de 1945, houve um aumento significativo no direcionamento de recursos para a saúde pública, o que contribuiu para o fortalecimento das políticas sociais, especialmente aquelas ligadas à saúde. Ainda que tenha havido melhorias, mesmo que mínimas, nas condições sanitárias, esses progressos favoreceram principalmente a população urbana em detrimento da população rural. Portanto, mesmo com esses avanços, não houve uma melhoria substancial na saúde da população como um todo, devido à falta de políticas de saúde voltadas para a prevenção de doenças, o que resultou em um aumento nas taxas de mortalidade infantil e da população em geral (Bravo, 2006 *et al*, p. 5). Nesse contexto, o Serviço Social se expandiu em resposta à intensa demanda decorrente da deterioração das condições de saúde da população. Bravo e Matos (2004, p.2), ressalta:

Além das condições gerais que determinaram a ampliação profissional nesta conjuntura, o “novo” conceito de Saúde, elaborado em 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social”. [...] O assistente social consolidou uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde (Bravo e Matos, 2004, p.2).

Na década de 1950, a privatização do setor da saúde emergiu com o apoio dos grupos capitalistas, que foram estimulados pelo crescimento das empresas de saúde privadas e pela ampliação dos serviços de saúde privatizados, e mesmo com a separação dos Ministérios da Saúde e da Educação, nos anos seguintes as privatizações não perderam força. O Ministério da Saúde era responsável pela formulação e implementação de políticas públicas voltadas para as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da população, onde as intervenções se concentravam principalmente em campanhas de combate às doenças. Havia no entanto uma dicotomia entre as iniciativas de saúde pública conduzidas pelo Ministério da Saúde e as lideradas pelos institutos de aposentadoria e pensões vinculados à previdência social, que fazia com que as estratégias e coordenação das duas áreas não se integrassem. Conforme Polignano (2001, p.12), não passou de um “mero desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação” não havendo mudanças significativas por parte do estado em resolver a situação da saúde pública. Visando desbancar a saúde pública, na década de 1960, houve muitas tentativas de integrar a assistência médico-previdenciária, no entanto, os serviços de saúde continuaram a

ser predominantemente providos pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), mesmo com investimentos mínimos no setor.

No período de 1964 a 1985, foram evidenciadas implicações econômicas que impactaram as políticas sociais durante a ditadura militar e suas consequências para o desenvolvimento social. Esse período foi marcado pelo golpe militar que instaurou um regime autoritário, o qual perdurou por 21 anos. Durante esse tempo, o cenário brasileiro passou por profundas transformações, e embora houvesse avanços com conquistas mínimas na área social antes da ditadura, estes foram abruptamente interrompidos, dando lugar aos retrocessos que restringiram severamente os direitos e garantias fundamentais da classe trabalhadora. Sob o regime de exceção da ditadura, os recursos federais sofreram uma redução drástica, e o desenvolvimento das políticas sociais se manteve privilegiando o setor privado.

As formas de compra dos serviços médicos de terceiros aparecem como minoritárias, situação que vai ser completamente diferente no regime que se instalou no país após 1964. A instauração da ditadura militar no pós-1964 expressou a derrota das forças democráticas, sendo o desfecho da crise uma forma de dominação burguesa no Brasil. O Estado vai intervir na questão social por meio do binômio repressão-assistência, burocratizando e modernizando a máquina estatal [...] de conseguir legitimidade para o regime (Bravo *et.al* 2022, p. 27).

Dois anos após o início da ditadura em 1966, foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que resultou na unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), encerrando a gestão na previdência social pelos trabalhadores. Nesse período, ocorreu uma reforma administrativa no Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), que envolveu diversos institutos, incluindo o INPS e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), entre outros. Essa mudança introduziu uma “medicalização da saúde” em detrimento de ações preventivas, destacando uma abordagem mais curativa. Conforme Reis *et al* (2012, p. 4), esse instituto consolidou-se em um “modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado”. Ou seja, era um sistema, onde o foco estava na internação hospitalar, na enfermidade e na cura, priorizando ações que se restringem ao atendimento médico, caracterizadas pela contratação de serviços do setor privado.

Esse modelo não refletiu apenas uma mudança significativa na gestão da previdência social, mas também teve profundas implicações na maneira como a saúde pública foi concebida e renovada no Brasil, ao passo que o acesso aos serviços não funcionava de forma universal e era excludente para grande parte da população. Já a partir de 1970, conforme aponta Paim *et al* (2015, p.24), foi marcado por uma expansão dos serviços de saúde, os quais estavam predominantemente voltados para uma população específica por meio de instituições privadas e organizações estatais.

Contudo, essa expansão não contemplava de forma adequada a população economicamente desfavorecida, que permanecia desassistida ou recebia serviços de qualidade inferior, e mesmo havendo esforços para ampliar as políticas públicas, o regime militar impunha restrições, promovendo, ao invés disso, o crescimento dos setores de saúde, previdência e educação privada. Nesse mesmo ano, o regime militar promulgou uma série de atos institucionais, que resultaram na cassação sumária dos direitos políticos de diversos renomados cientistas do Instituto Oswaldo Cruz. A proibição do exercício profissional desses pesquisadores teve um impacto significativo nas investigações científicas em andamento, além de contribuir para a fragilização política da instituição.

Em 1970, o regime militar cassou, por dez anos, os direitos políticos de dez renomados cientistas vinculados ao Instituto Oswaldo Cruz há mais de três décadas. Os decretos (Atos Institucionais no 5 [AI-5] e no 10 [AI-10]) também incluíram a aposentadoria compulsória e que esses cientistas não trabalhassem em qualquer instituição que recebesse ajuda do governo federal. O episódio ficou conhecido como Massacre de Manguinhos (Freire *et.al* 2015, p.17).

Conforme Behring e Boschetti (2007, p. 136) em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, e nele foram incorporados vários outros órgãos, o que ocasionou uma reforma administrativa no Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS). Em 1977, nesse bojo de “associação entre previdência, assistência e saúde, impôs-se uma forte medicalização da saúde” voltado para o “atendimento curativo, individual e especializado, em detrimento da saúde pública, em estreita relação com o incentivo à indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, orientados pela lucratividade” (Bravo, 1996 e 2000 *apud* Behring e Boschetti, 2007, p. 137). Ainda na década de 70, houve a primeira Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde (1978), que se configurou como um marco importante para a Atenção Primária, promovendo transformações significativas na organização do sistema de saúde brasileiro.

Os anos 1980, conforme Behring e Boschetti (2007, p.138), compreendem o período “conhecido como a década perdida do ponto de vista econômico”, devido ao endividamento externo causado pela ditadura e ao agravamento da crise econômica no país, sendo também “lembrado como período de conquistas democráticas, em função das lutas sociais e da Constituição de 1988”. Nesse período pré-Constituição, não houve iniciativas significativas no âmbito da política social no enfrentamento das expressões da questão social, e mesmo com enfraquecimento do autoritarismo e com mudanças importantes que começaram a ocorrer, os planos de reestruturação das políticas sociais, incluindo previdência, saúde, educação e assistência social, não foram implementadas pelo o governo, de acordo com Behring e Boschetti (2007, p. 138). E levando em consideração a crise instalada, nesse período começa-se a repensar

as ações do Estado, adotando uma abordagem mais descentralizada e participativa, buscando garantir que as políticas sociais fossem mais adaptadas às necessidades da população. Em 1985, com o fim do regime militar, houve uma forte mobilização no processo de luta, com a participação de diversos atores, o que foi decisivo para a formulação legal dos direitos sociais no Brasil (Behring e Boschetti, 2007).

O período de 1985 a 2000 foi crucial para a política de saúde no Brasil, caracterizado por mudanças importantes, como a Reforma Sanitária e a promulgação da Constituição Federal em 1988, que representou um marco fundamental na estruturação das políticas sociais. A transformação do sistema de saúde foi profundamente influenciado pelo movimento da Reforma Sanitária, que começou a ganhar força no final dos anos 1970, com movimentos sociais e lutas institucionais em busca de mudanças estruturais (Behring e Boschetti, 2007). A proposta da Reforma, desenvolvida no contexto das lutas sociais pela redemocratização, emergiu dos movimentos sociais caracterizado pela junção de diversas classes sociais, fundamentada em uma base ideológica e política que defendia a saúde como uma questão social e política, e não meramente biológica, devendo, portanto, ser abordada no âmbito do espaço público (Paim, *et al.* 2011, p.18).

[...] a Reforma Sanitária, enquanto proposta foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em projeto a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde e desenvolveu-se como processo desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Pode-se afirmar que a Reforma Sanitária é, simultaneamente, uma proposta, um projeto, um movimento e um processo. (Paim, 2008, p.173).

O movimento pela Reforma Sanitária se consolidou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que defendia a criação de um sistema de saúde universal com acesso igualitário para toda a população. Além disso, esse sistema deveria ser gerido em nível federal e separado da previdência social. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi um marco significativo para a saúde pública brasileira, ela ocorreu com a massiva participação social, divulgando o princípio da saúde como um direito universal e como dever do Estado, o que mais tarde foi oficializado na Constituição Federal de 1988. Behring e Boschetti (2007) descrevem o movimento pela saúde como intenso, caracterizado pelo confronto com poderosos interesses econômicos do setor privado, incluindo a Federação Brasileira dos Hospitais e a indústria farmacêutica, que lamentavelmente, conseguiram, posteriormente assegurar sua participação no Sistema Único de Saúde (SUS), obtendo acesso aos recursos públicos.

Muitas das discussões e propostas que emergiram na Conferência Nacional de Saúde foram cruciais para a criação das leis orgânicas de saúde e da Constituição Federal, marcando

a primeira vez em que a população participou ativamente das discussões sobre a saúde. Conforme Reis (2012, p. 5), a 8ª Conferência de Saúde, marcou a história das conferências de saúde no Brasil.

Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal, um avanço fundamental para a estruturação das políticas sociais no Brasil. Nesse contexto, Bravo *et al* (2006, p. 1) destaca que a Constituição “inaugura um novo sistema de proteção social pautado na concepção de seguridade social, que universaliza os direitos sociais concebendo a Saúde, Assistência Social e Previdência como questão pública, de responsabilidade do Estado, conforme o artigo 196.

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

A Constituição foi fundamental para reconhecer a saúde como parte da proteção social e estabelecer diretrizes importantes para a política de saúde, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a garantia de que os direitos relacionados à saúde fossem reconhecidos como essenciais para todos os cidadãos. O Art. 194 da Constituição, estabelece que a seguridade Social compreende “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988). Sustentado pela Constituição Federal de 1988, esse conjunto de políticas sociais estão estruturadas em três áreas, cada uma com características e papéis distintos de acordo com as suas atribuições.

Os pilares da seguridade social, que asseguram os direitos fundamentais, podem ser compreendidos a partir do princípio de que a Saúde é um direito universal, cabendo ao Estado a responsabilidade de garanti-lo de forma igualitária, independentemente da condição financeira do usuário ou de qualquer contribuição prévia. No que se refere à previdência social, conforme disposto no Art. 201 da Constituição Federal, “será organizada sob a forma do Regime Geral de Previdência Social, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, na forma da lei” (Brasil, 1988). Isso significa que, para ter acesso aos benefícios da Previdência, é necessário ter contribuído previamente por meio do recolhimento de contribuições referentes ao trabalho formal prestado, já à Assistência Social, por sua vez abordada no Art. 203 da constituição, destaca que, “será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social” (Brasil, 1988). Ou seja, é uma política destinada a atender aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade, seja por estarem fora do mercado de trabalho formal

ou por terem uma renda mensal insuficiente para cobrir suas despesas, mesmo que estejam inseridos no mercado de trabalho.

Nesse contexto, mesmo com a Seguridade Social reconhecida como um direito pela Constituição Federal, as políticas sociais inovadoras no período pós-constituinte frequentemente enfrentam desafios relacionados à sua implementação e à disponibilidade de recursos necessários para atender as necessidades da sociedade. As políticas de saúde estão em constante debate e passam por diversas transformações. Embora tenham avançado e se consolidado, continuam a enfrentar desafios significativos. Ademais, Behring e Boschetti (2007, p.161) já levantaram essa questão ao afirmar que “a saúde pública padece da falta de recursos, o que se evidencia nas longas filas, na demora para prestação dos atendimentos, na falta de medicamentos e na redução de leitos”. Elas também destacam que há “uma forte tendência de restringir a saúde pública universal em um pacote de cesta básica para a população pobre”. Além disso, apontaram que a assistência social era a política que mais enfrentava dificuldades para se concretizar como política pública, um fato que se confirma atualmente.

O princípio da universalidade da cobertura proposto não tem a pretensão de garantir direitos iguais a todos os cidadãos, mas assegura a política de saúde como direito universal, estabelece a assistência como direito aos que dela necessitarem (embora o benefício do salário mínimo para idoso e pessoa com deficiência seja associado à incapacidade para o trabalho), mas mantém a previdência submetida à lógica do seguro, visto que o acesso aos direitos é derivado de uma contribuição direta anterior (Behring e Boschetti 2007, p.161).

As políticas sociais desempenham um papel crucial na redução das desigualdades, na melhoria das condições de vida e na promoção de um ambiente mais justo, ao fornecer apoio e recursos, como saúde, educação, assistência financeira e moradia, para as populações mais vulneráveis. No entanto, é importante adotar uma perspectiva crítica sobre a implementação dessas políticas, especialmente no que diz respeito à saúde, um direito universal previsto pela Constituição. O papel fundamental do Estado é garantir esse direito, mas é crucial refletir sobre a extensão desse direito à população. Para ser universal, ele deve garantir o atendimento a todos, independentemente da condição financeira ou da contribuição prévia. Diante disso, é essencial ponderar como conciliar o princípio da universalidade do direito à saúde com as limitações de recursos. Além disso, é preciso pensar em como a implementação efetiva das políticas sociais pode ser aplicada na prática, de maneira que o direito à saúde seja garantido de forma justa e equitativa para todos.

1. 2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Foram necessários muitos anos para que um sistema público de saúde, gratuito e universal fosse incorporado à Constituição Federal de 1988. Regulamentado em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece uma extensa rede de atenção à saúde, que vai desde cuidados básicos até tratamentos de alta complexidade. No entanto, muitos ainda desconhecem a sua atuação, que abrange muito mais do que apenas hospitais e postos de saúde. Em outras palavras, o SUS é um sistema que pertence e atende a todos, permitindo o acesso a tratamentos especializados, independentemente das diferentes realidades socioeconômicas.

O Sistema Único de Saúde (SUS) reafirma sua importância como um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. Além de atuar em postos de saúde e hospitais, públicos ou privados, ele está presente em diversas áreas, como vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, contribuindo ativamente para a produção de conhecimento por meio da pesquisa acadêmica e científica e no revolvimento de insumos para a saúde. Criado durante o período de redemocratização, o SUS surgiu como resultado dos movimentos sociais que lutavam por melhores condições de saúde e pela Reforma Sanitária, ou seja, ele nasce das lutas e das contradições enfrentadas para assegurar a saúde como um direito universal e acessível a todos.

Incorporado na Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, o SUS enfrentou diversos desafios até sua regulamentação em 1990, com as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Nesse período, houve resistências por parte do Estado, do mercado e dos planos privados, que promoviam a mercantilização da saúde. Apesar da oposição de setores conservadores, o SUS foi consolidado, integrando ao sistema público parte da população que antes eram desassistidas.

Com base nos princípios do acesso universal e integral, o Sistema Único de Saúde (SUS) garante o atendimento gratuito e de qualidade a todos os cidadãos, conforme o Art. 2º da Lei nº 8.080, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Brasil,1990). A implantação de uma política demanda decisões e ações governamentais, bem como ferramentas para sua efetivação. Dessa forma, desde a criação do SUS e seu arcabouço jurídico, o sistema passa por várias transformações, incluindo a implementação da Norma Operacional Básica (NOB/1993), que estabelece os métodos regulatórios para a descentralização e gestão das atividades e serviços de saúde. Essa norma foi instituída durante o Governo de Itamar Franco (1992-1995), representando um avanço para o sistema, assim como o Programa Saúde da Família, criado em 1994.

Já no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), houve alguns avanços na saúde, como a nova versão da Norma Operacional Básica (NOB/1996) que representou um marco na descentralização do modelo de gestão do SUS, a aprovação da Reforma Psiquiátrica em 2001, e em 2002, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS). No entanto, o governo deu prioridade aos projetos de ajuste macroeconômico e à Reforma do Estado, favorecendo o avanço neoliberal e a privatização de empresas estatais, o que contrariava os princípios do SUS (Paim, 2008). As políticas sociais nesse período foram fragmentadas pela adoção de políticas neoliberais, o que prejudicou o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Bravo *et al* (2006), houve um “descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral”.

No primeiro mandato do governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003- 2006), o Ministério da Saúde enfrentou o desafio de lidar com o contingenciamento de recursos herdados da gestão anterior. Ainda assim, foi considerado “um dos poucos espaços onde a equipe dirigente procurou construir políticas de saúde coerentes com o SUS, apesar das limitações orçamentárias” (Mendes *et al.*, 2005, *apud* Paim, 2008). Durante esse período, a política de saúde foi amplamente avaliada de forma positiva, refletindo avanços significativos, especialmente com as diversas iniciativas implementadas após 2003 como:

A ampliação da atenção básica através do PSF, da implementação da Reforma Psiquiátrica, do SAMU e da política de Saúde Bucal. Os esforços para a formulação de políticas de assistência hospitalar, urgências, “média e alta complexidade”, bem como a elaboração do Plano Nacional de Saúde e a aprovação dos Pactos pela Saúde, também podem ser consideradas intervenções relevantes para o SUS (Brasil, MS 2006, *apud* Paim, 2008, p. 250).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem alcançado avanços desde sua implementação, e o Serviço Social faz parte desse progresso. Nesse sentido, no segundo mandato do governo Lula (2007-2010), o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) publicou os “Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde”. A Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, que regulamenta a profissão, juntamente com o documento de 2010, que fornece diretrizes para sustentar o trabalho dos assistentes sociais e o projeto profissional na política de saúde.

Contudo, segundo Paim (2008) a “continuidade das políticas de ajuste macroeconômico e a reforma da previdência seguiram na contramão das políticas de saúde inspiradas no projeto da Reforma Sanitária”. Diante disso, já no final do governo Lula, foi publicado o Decreto nº 7.082, de 2010, que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais. De acordo com Fernandes et al. (2024), o objetivo do programa era “assegurar mecanismos adequados de financiamento”. Assim, o governo Lula propôs

reestruturar os Hospitais Universitários como única solução para os problemas enfrentados à época. Como explica Fernandes *et al* (2024, p.4), “uma empresa pública de direito privado para conter a “crise” do maior complexo hospitalar público do país, materializada através da Medida Provisória nº 520, de 31 de dezembro de 2010”.

Este processo, de abrangência nacional, foi analisado, contestado e considerado ilegal pelo Tribunal de Contas da União, [...]. Também foram visíveis as notas e as manifestações de rejeição à empresa, especialmente pela Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS) que, [...] tem exercido protagonismo na resistência contra os retrocessos em curso e nas lutas em defesa dos princípios da reforma sanitária (Fernandes *et al.* 2024, p.4).

Nesse contexto, em 2010, o Brasil elegeu Dilma Rousseff, do Partido dos Trabalhadores (PT), como primeira mulher presidente da República. Em sua campanha eleitoral, Dilma indicou a intenção de dar continuidade ao governo anterior, visto que ambos pertenciam ao mesmo partido. Durante o seu primeiro mandato (2011-2014), as propostas de avanço nas políticas públicas de saúde não trouxeram inovações nem evidenciaram um compromisso claro com a Reforma Sanitária ou com o fortalecimento do SUS (Reis e Paim, 2018). Assim, na contramão do desenvolvimento do SUS, o projeto iniciado no governo Lula em 2010, voltou a ser tema de debate por meio de Projeto de Lei nº 1.749/2011, e que foi aprovado de imediato com a sanção da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Então, nasce a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)³. O projeto, aprovado durante o governo Dilma, gerou manifestações em todo o país, que continuaram até o segundo semestre de 2013, pois muitos o consideraram uma via de privatização da saúde pública. Nesse sentido, surgiram “questionamentos sobre a sustentabilidade da administração pública dos hospitais universitários”, além de intensas discussões sobre os “diferentes modelos de gestão, e sua natureza pública” (Reis, Paim, 2018, p.105).

No entanto, é importante ressaltar que apesar dos ataques contra o Sistema Único de Saúde (SUS), nos primeiros anos do governo Dilma, houve algumas melhorias na saúde, como lançamento de planos de Combate às Doenças Crônicas e a implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do SUS, entre outras que podem ser destacadas:

A Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade; Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; Normas para a redução do número de cesarianas e incentivo ao parto normal; [...]; Política Nacional de Atenção Hospitalar; [...] Política de Educação Permanente em

³A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) foi criada por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, como uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação (MEC), com a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como prestar às instituições públicas federais de ensino ou instituições de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, a aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública.

Saúde; [...] Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com doenças raras (Reis e Paim, 2018 p.107).

No segundo mandato da presidenta Dilma, iniciado em 2015, mas interrompido pelo impeachment em 12 de maio de 2016, o governo enfrentou intensa instabilidade política e uma série de manifestações em todo o país, das quais muitas eram contrárias à sua gestão. O cenário foi caracterizado por embates entre o Executivo e o Legislativo, além de uma crise econômica e política. Esses fatores resultaram na perda de apoio da base parlamentar, culminando na abertura do processo de *impeachment* (Reis, Paim, 2018). Com o pedido de afastamento da presidenta Dilma aprovado pelo Senado Federal em 12 de maio de 2016, a situação, que já era delicada, agravou-se, trazendo ainda mais impactos negativos para as políticas de saúde.

Nesse período, os ataques ao Sistema Único de Saúde (SUS) tornaram-se ainda mais evidentes, especialmente com a aprovação da Lei nº 13.097/15, que entre outras mudanças, alterou o artigo 23 da Lei nº 8.080/90, permitindo a abertura do setor de saúde ao capital estrangeiro. Essa alteração evidenciou o interesse do governo em favorecer o setor privado, facilitando a participação e o controle de empresas estrangeiras em iniciativas de saúde. Com a abertura do setor de saúde ao capital estrangeiro, surgiram as Organizações Sociais (OS)⁴, entidades privadas sem fins lucrativos subsidiadas pelo governo para prestar serviços de interesse público. Como o caso da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada em 2011. A entrada dessas empresas no SUS evidenciou a instabilidade do sistema de saúde público universal, uma vez que essa participação compromete sua sustentabilidade, além de identificar a falta de garantias em relação aos recursos necessários para manter um SUS público e de qualidade para todos.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos (Brasil, 1988).

Conforme Reis e Paim (2018), a desestabilização de pautas importantes enfraqueceu o governo de esquerda e impulsionou o crescimento de atores de direita, criando espaço para ataques ao ex-presidente Lula. Esses ataques se intensificaram ainda mais com o apoio dos defensores do *impeachment* da presidenta Dilma, que se mobilizaram para desconstruir as políticas implementadas pelo ex-presidente e os setores que ele representava. “O combate à corrupção era apenas um disfarce diante das reais intenções por trás do golpe” (Reis e Paim, 2018). Assim, após ser afastada do cargo por 180 dias, Dilma sofreu o *impeachment* em 31 de

⁴(OS) associações de caráter privado e personalidade jurídica, sem fins lucrativos, que recebem financiamento estatal para prestar serviços de relevante interesse público.

agosto de 2016, e o seu vice, Michel Temer, do Movimento Democrático Brasileiro (MDB), que já atuava como presidente interino, assumiu definitivamente o cargo de presidente do Brasil.

No governo de Michel Temer (2016 - 2018), o que se pode observar, foi a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade da privatização na saúde pública. A presença do capital estrangeiro continuou a se expandir, com ações voltadas para os interesses de hospitais privados, empresas e operadoras de planos de saúde. O Legislativo, por sua vez, defendeu claramente os interesses do mercado nessa área, ao mesmo tempo em que acelerou o desmonte dos direitos sociais. Como resultado, a saúde pública enfrentou graves problemas devido à falta de financiamento adequado, sem garantia dos recursos essenciais para manter o SUS como um sistema público de qualidade para todos (Reis, Paim, 2018).

Durante esse período, a situação da saúde pública se agravou ainda mais, uma vez que representando uma ameaça aberta aos princípios da Reforma Sanitária, o governo aprovou a Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016), que congelou o orçamento público até 2036, acentuando o subfinanciamento do SUS. Criada durante o governo Temer e mantida pelo governo de Jair Bolsonaro em 2019, a emenda resultou, segundo dados do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em uma perda de cerca de 22 bilhões de reais para o SUS desde sua promulgação.

Há décadas, o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta desafios contínuos, como regras instáveis e montantes insuficientes de financiamento. As contrarreformas iniciadas no governo de Michel Temer, e aprofundadas durante o governo de Jair Bolsonaro, agravaram ainda mais esses problemas, colocando em risco a sustentabilidade do SUS.

No governo Temer temos a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação efetiva com o setor privado através da Coalizão Saúde (Bravo *et al* 2018, p. 13).

Após o término do governo Temer, o Brasil foi marcado por dois eventos interligados: a presidência de Jair Bolsonaro e a crise provocada pela pandemia de COVID-19. O governo Bolsonaro (2019 a 2022) deu continuidade às reformas e ideologias do governo anterior, destacando-se pela precarização de políticas públicas, retirada de direitos trabalhistas, fomento à privatização e promoção do liberalismo econômico. As mudanças no Ministério da Saúde e em outros órgãos indicavam planos para transformar a saúde pública em um fundo econômico voltado ao setor privado, tornando-a progressivamente mais dependente deste. O teto de gastos,

congelado durante o governo Temer, dificultou ainda mais as possibilidades de enfrentamento do vírus e, como consequência, a estrutura do SUS entrou em crise, e os recursos determinados pelo governo federal demoraram a chegar nos locais que tinham maiores dificuldades de acesso ao sistema de saúde.

Iniciada na China em 2019, a COVID-19 chegou ao Brasil em 2020, momento em que o sistema de saúde já se encontrava fragilizado e com um governo cujas ações para o enfrentamento da pandemia foram amplamente questionadas. A necropolítica praticada resultou na morte de mais de 693 mil brasileiros no ano de 2022 (Covid-Gov., 2022). De acordo com Mbembe (2018), a necropolítica é a prática de controle sobre quem vive e quem morre, sendo essa uma política de morte adotada pelo Estado, algo que pôde ser observado nas ações tomadas pela gestão Bolsonaro.

A política de lockdown nesse período, restringiu o funcionamento de serviços não essenciais, alterando o cenário social, econômico e político do país, que já enfrentava dificuldades devido à precarização de políticas públicas e ao apoio a ideais liberais, resultando em desemprego e retirada de direitos trabalhistas. Diante disso, o Sistema Único de Saúde (SUS) que vem passando por diversos desafios ao longo dos anos, em 2020 se deparou com um ainda maior: a COVID-19. A doença, que era pouco compreendida e para a qual não havia medidas biológicas ou específicas de prevenção e tratamento medicamentoso, atingiu o Brasil, um país de dimensões continentais com diferenças culturais e marcado por desigualdades sociais. A pandemia resultou em um aumento repentino da demanda por atendimentos, escassez de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e a falta de equipamentos especializados, como respiradores, máscaras e equipamentos de proteção individual. Além disso, evidenciou-se a baixa cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) nas regiões mais vulneráveis, a fragilidade dos sistemas de informações e as deficiências nas ações de vigilância em saúde.

De acordo com Centro de Pesquisas em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo (CEPEDISA-USP, 2021), o Ministério da Saúde apresentou, em fevereiro de 2020, o Plano de Contingência para combater a COVID-19, mas o plano não fazia menção à ética, aos direitos humanos ou às liberdades fundamentais, desrespeitando a Lei n.º 13.979/20, que estabelece medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública, assim como o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), instrumento jurídico para orientar a comunidade internacional na prevenção e resposta a riscos graves à saúde pública.

Era inegável a desqualificação do governo, marcado por uma gestão explicitamente negacionista durante a crise. O cenário incluiu mudanças constantes de ministros e secretários,

desestímulo à pesquisa científica, incentivo ao uso de medicamentos ineficazes, falta de Equipamento de Proteção Individual (EPI), leitos de UTI e materiais básicos nos serviços de saúde. Além de várias declarações de membros do governo, subestimando ou negando a COVID-19. A adoção de uma postura pautada na necropolítica por parte do governo se sustentou pelo incentivo à aglomeração e pela flexibilização do lockdown em nome da economia, resultando em mais mortes e internações, além do sucateamento deliberado das políticas públicas de saúde. As pessoas se tornaram mais vulneráveis ao contágio, devido a maioria da população viver na extrema pobreza e depender exclusivamente do sistema público de saúde.

Com a pandemia do COVID-19 tornou-se evidente a importância do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar das tentativas de desmonte constante desse importante sistema público, em meio a uma pandemia global, o Brasil se destacou como um dos poucos países a oferecer atendimentos, exames e vacinas para a COVID-19 de forma totalmente gratuita. É crucial reconhecer a relevância do SUS atualmente para entendermos o sistema de saúde que desejamos para o futuro. No entanto, existem estudos que temem que os constantes desmontes do SUS possam enfraquecê-lo a ponto de deixar de ser um sistema público e universal. É importante observar que, em todos os períodos em que houve tentativas de desmonte, as lutas sociais conseguiram reverter parcial ou totalmente essas medidas, especialmente no que se refere ao financiamento.

CAPÍTULO 2 - O TRABALHO EM HOSPITAIS

Desde a criação do SUS, fundamentado no projeto da Reforma Sanitária Brasileira e consagrado pela Constituição de 1988, o sistema tem alcançado resultados significativos, tanto no âmbito jurídico quanto na implementação de políticas públicas efetivas. Apesar dos avanços, o SUS enfrenta desafios contínuos, especialmente devido às pressões neoliberais que dificultam a manutenção de suas políticas e ao processo de desmantelamento progressivo que tem enfrentado ao longo do tempo. Entretanto, é crucial reconhecer os diversos programas e políticas implantadas, que geram conquistas e avanços consideráveis nas últimas três décadas. Entre as principais realizações do SUS, destacam-se:

A Universalização do Acesso à Saúde; Atenção Básica à Saúde; Expansão da Rede de Saúde; Melhoria na Saúde Materno-Infantil; Controle de Doenças Endêmicas e Epidêmicas; Implementação de Programas de Saúde Mental; Ampliação do Acesso a Medicamentos; Sistema de Transplantes; Política Nacional de Saúde do Trabalhador; Inovações Tecnológicas e Regulação de Medicamentos; Educação em Saúde e Participação Social; Sistema de Informação e Dados em Saúde (Brasil, 2023).

Os dispositivos da Lei nº 8.080/90 e da Lei nº 8.142/90 asseguram o direito à saúde para todos e estabelecem que o Estado deve criar políticas sociais e econômicas justas e abrangentes para garantir esse direito. Além disso, cabe ao Estado prover meios necessários para que a população tenha acesso à educação, serviços básicos de saúde, transporte, lazer, habitação e outros fatores que impactam diretamente a saúde do indivíduo.

Segundo o Ministério da saúde (2020), a OMS, em 1946, definiu a “saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade⁵”. Portanto, ser saudável vai além da ausência de doenças, abrangendo não apenas os aspectos biológicos, mas um conjunto de fatores que determinam as condições de saúde e a qualidade de vida dos indivíduos e das suas comunidades.

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

Nesse contexto, a seção seguinte explora a estrutura interna do SUS, abordando sua organização, funcionamento e os desafios que comprometem sua efetividade e sustentabilidade.

⁵A saúde é compreendida, tanto na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto pelo Serviço Social, em seu conceito ampliado. Essa concepção surgiu como uma resposta às limitações do modelo biomédico tradicional, que reduzia a saúde à ausência de doenças. Foi amplamente difundida na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e na estruturação do SUS no Brasil. Segundo essa perspectiva, a saúde não se limita ao estado físico, mas abrange dimensões sociais, econômicas, ambientais e culturais. Esse conceito baseia-se em uma abordagem multidisciplinar e na promoção de políticas de saúde voltadas à prevenção de doenças (Brasil, 1990).

2. 1 ORGANIZAÇÃO DO SUS

As Lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90, além de assegurar o direito à saúde e a participação da comunidade na gestão, organização e funcionamento do sistema, também definem os princípios e diretrizes para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Essas diretrizes especificam as bases fundamentais do SUS, que é estruturado a partir de um núcleo comum, englobando princípios doutrinários e organizacionais.

Os princípios doutrinários orientam as ações de saúde com base em três pilares fundamentais: universalidade, integralidade e equidade. A universalidade garante a todos os cidadãos o direito de acesso aos serviços públicos de saúde, assegurando atendimento em todos os níveis de assistência. A integralidade estabelece que o cidadão deve ser atendido de forma contínua e integrada, priorizando ações preventivas para evitar o agravamento da saúde e a necessidade de cuidados mais complexos. A equidade busca atender às necessidades individuais, ajustando os serviços de saúde de acordo com as demandas específicas de cada pessoa (Brasil, 1990).

Os princípios organizativos derivados dos princípios doutrinários, organizam e operacionalizam o SUS. Entre eles, destaca-se a descentralização, um dos princípios fundamentais para o Sistema Único de Saúde (SUS), que promove a redistribuição de responsabilidades e poder entre as esferas municipal, estadual e federal. Permite que os municípios, por estarem mais próximos das realidades locais, assumam a responsabilidade de identificar as necessidades da população e implementar medidas específicas para atendê-las. A regionalização organiza a rede de serviços de saúde de maneira que municípios com maior infraestrutura possam oferecer atendimento especializado a outros municípios. Esses serviços são geralmente prestados por meio de convênios, otimizando o uso de recursos e ampliando o acesso a cuidados especializados. A hierarquização organiza o acesso aos serviços de saúde de acordo com a complexidade dos casos, dividindo o atendimento em níveis de baixa, média e alta complexidade, garantindo que cada paciente seja encaminhado adequadamente conforme as suas necessidades. A participação social, prevista pela Lei nº 8.142/90, é assegurada por meio da criação de conselhos de saúde (locais, municipais, regionais, estaduais e nacionais) e da realização de conferências de saúde. Esses espaços permitem que a sociedade participe da formulação, controle e avaliação das políticas de saúde em todas as esferas de governo, garantindo o envolvimento da população no processo de reformulação e execução das políticas de saúde (Brasil, 1990).

Com base nos princípios do acesso universal e integral, o Sistema Único de Saúde (SUS) garante o atendimento gratuito e de qualidade a todos os cidadãos, conforme o Art. 2º da Lei nº 8.080. Segundo essa lei, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Brasil, 1990).

O SUS compreende todas as prestações de serviços nas esferas federal, estadual e municipal, além de incluir serviços do setor privado por meio de contratos e convênios. Embora seja um sistema público, há também a participação de empresas privadas que buscam lucrar ao fornecer bens e serviços para o sistema. Essa influência ocorre em diferentes níveis de gestão do SUS, envolvendo, por exemplo, as indústrias farmacêuticas e serviços complementares, incluindo os fornecedores de equipamentos. Além disso, entidades da Administração Indireta, como autarquias encarregadas de ações e serviços de saúde, empresas estatais⁶ (incluindo fundações hospitalares, cujas atividades seguem regras de mercado) e sociedades de economia mista⁷ (guiadas pelas normas das sociedades mercantis, mas ajustadas às obrigações legais necessárias para sua existência), também desempenham papel relevante nesse contexto (CONASS, 2011, p. 78).

Nesse contexto, percebe-se que as interferências do setor privado no Sistema Único de Saúde (SUS) representam uma transferência progressiva de responsabilidades do Estado em relação ao financiamento adequado ao sistema público de saúde. Essa transferência resulta em uma série de problemas que impactam diretamente a qualidade e a abrangência do atendimento público. Ao priorizar a destinação de recursos para o setor privado, o Estado contribui para o subfinanciamento do SUS, comprometendo sua capacidade de atender a toda a população de forma integral, conforme estabelece a Constituição Federal de 1988. Essa política de financiamento desigual aprofunda a exclusão social, pois os serviços oferecidos pelo setor privado são acessíveis apenas para aqueles que podem arcar com os custos, restringindo o acesso aos cuidados de saúde de qualidade a uma parcela minoritária da população. Esse cenário acentua as desigualdades no acesso à saúde, uma vez que os obstáculos enfrentados pela população ao buscar esses serviços são constantes, evidenciando a complexidade do sistema e ameaçando os princípios fundamentais da universalidade, integralidade e equidade que orientam o SUS.

⁶Empresa estatais: entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivamente público, criada por lei para a exploração de atividade econômica que o governo seja levado a exercer por força de contingência ou de conveniência administrativa, podendo revestir-se de qualquer das formas admitidas em direito (CONASS, 2011, p. 17).

⁷Sociedade de economia mista: pessoa jurídica de direito privado, com participação pública e privada em seu capital e em sua administração, para realização de atividades econômicas ou serviço de interesse coletivo outorgado ou delegado pelo Estado (CONASS, 2011, p. 17).

Nesse sentido, o envolvimento dessas empresas requer uma fiscalização rigorosa para assegurar que os interesses privados não comprometam a qualidade nem a natureza pública do SUS. Contudo, é necessário que o sistema seja devidamente valorizado por todos e receba com urgência uma atenção minuciosa, especialmente por parte das instâncias governamentais. Isso deve incluir investimentos suficientes, fiscalização para garantir a correta aplicação dos recursos e a atuação de gestores competentes e comprometidos com o fortalecimento do sistema, a fim de evitar qualquer tendência à precarização.

Operando de forma descentralizada, o Sistema Único de Saúde (SUS), possui unidades de saúde distribuídas pelos Estados, municípios e pelo Distrito Federal. O acesso a esse sistema ocorre principalmente por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que realizam avaliações e encaminham os pacientes para os serviços de média ou alta complexidade quando necessário. Dessa forma, o SUS é estruturado em três níveis de atenção: básica, média complexidade e alta complexidade, criados para atender às diferentes necessidades de saúde da população. Cada nível desempenha uma função específica no cuidado à saúde e todos estão interligados, garantindo um atendimento abrangente. A importância da integração entre esses níveis com a atenção básica é essencial, para garantir que os usuários do sistema recebam o atendimento adequado conforme a gravidade de cada caso.

A atenção básica é considerada o ponto inicial para os cuidados em saúde. Focada na prevenção e promoção da saúde, a atenção básica oferece o atendimento primário e o monitoramento de doenças crônicas por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das equipes de saúde da família. As equipes são compostas, no mínimo, por diferentes profissionais, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários e dentistas. Podendo contar também com uma equipe multiprofissional, composta por psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, farmacêutico, assistente social, entre outros, que realizam o primeiro contato e promovem ações educativas voltadas para a saúde (SES-DF, 2024). De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2011), o Ministério da Saúde define a atenção básica como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”.

Além disso, são descritas as políticas de atenção especializada, que compreendem os níveis de média e alta complexidade. A média complexidade é definida como um conjunto de “ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais

especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e terapêutico” (Ministério da Saúde, 2006 *apud* CONASS, 2011, p. 11). Esse nível de atenção é “composto por serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatórios e envolve atendimento direcionado para áreas como pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia entre outras especialidades médicas” (Ministério da Saúde, 2006 *apud* CONASS, 2011, p. 11). Como exemplo, destacam-se as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h, que desempenham papel essencial no atendimento de urgências e emergências.

Segundo o Ministério da Saúde a alta complexidade abrange os “hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários, Santas Casas e unidades de ensino e pesquisa”. No contexto do SUS a alta complexidade é caracterizada por um conjunto de procedimentos que “envolvem tecnologia de ponta e custos maiores, como os oncológicos, cardiovasculares, transplantes, partos de alto risco, entre outros”, e tem por objetivo, “garantir à população o acesso a serviços de saúde qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção, como a atenção básica e a média complexidade” (Ministério da Saúde, 2006 *apud* CONASS, 2011, p. 11).

A alta complexidade, como parte de uma política pública de atenção especializada focada nos centros hospitalares, abrange atendimentos avançados que envolvem alta tecnologia em diagnóstico, situações de emergência, cirurgias complexas, internações em unidades de terapia intensiva (UTI), tratamento de doenças graves e avançadas, além de situações de trauma grave e, em alguns casos, reabilitação de longo prazo. A alta complexidade representa um desafio significativo na formulação de políticas sociais, devido a necessidade de investimentos substanciais para assegurar sua implementação efetiva. Nesse contexto, os serviços de média e alta complexidade não se limitam às internações, mas também oferecem suporte a situações que demandam intervenções mais especializadas, ampliando o alcance e a complexidade das ações ofertadas.

Dessa forma, uma política de saúde voltada para média e alta complexidade exige uma atenção minuciosa e urgente por parte das autoridades, demandando um esforço conjunto e contínuo de diversos atores, incluindo instâncias governamentais, instituições de saúde, profissionais da área e a sociedade em geral. Esse esforço deve garantir investimentos adequados, aliados a uma fiscalização rigorosa, para assegurar a correta aplicação dos recursos e evitar a precarização dos serviços de saúde. Além disso, é fundamental promover a atuação de gestores competentes e comprometidos com o fortalecimento do sistema de saúde como um

todo. A consolidação dessas políticas não apenas aprimora a qualidade dos serviços oferecidos, mas também reforça o compromisso com o acesso universal e equitativo à saúde, preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Embora os hospitais públicos sejam frequentemente superlotados, essas unidades contam com equipes multiprofissionais que englobam diversas especialidades, como médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos hospitalares, entre outros. Essas equipes buscam, através do atendimento humanitário, considerar não apenas os aspectos clínicos e técnicos, mas também os sociais, econômicos e éticos, afim de garantir a todos um atendimento acessível e de qualidade.

Neste sentido, o Serviço Social, comprometido com a luta da classe trabalhadora, insere-se no contexto hospitalar assumindo um papel essencial que irá contribuir para a construção e planejamento de propostas de cuidado integral, assegurando aos usuários os direitos previstos na lei. Os assistentes sociais atuam como profissionais de saúde articulando o recorte social, proporcionando o acolhimento e a autonomia do usuário. A importância da interação da equipe multiprofissional junto ao usuário e os familiares visa promover o bem-estar, o que pode facilitar a recuperação da saúde.

2. 2 DINÂMICA DO TRABALHO NAS UNIDADES HOSPITALARES

O Ministério da Saúde (MS), por meio da portaria nº 3.390, de 2013, institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa portaria estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), cujos fundamentos estão voltados para a produção de melhores serviços de saúde, com o objetivo de garantir uma assistência de qualidade à população e contribuir para o avanço do processo de efetivação do SUS. As disposições contidas na portaria aplicam-se a todos os hospitais que prestam serviços de saúde no âmbito do SUS, sejam eles públicos, privados ou filantrópicos, reforçando a integração do sistema (Brasil, 2013).

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece um ambiente de trabalho dinâmico, requisitado e diversificado, caracterizado por uma grande variedade de áreas e oportunidades de atuação disponíveis. Entre esses ambientes, destacam-se os hospitais, que podem ser classificados sob diferentes aspectos, como critérios clínicos, jurídicos ou pelo número de leitos. Nesse sentido o Ministério da Saúde (MS) define hospital como:

[...] parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob

quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar. Constitui-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente (Brasil, 2013, Port. 3.390).

Dessa forma, é importante destacar que além de prestar assistência à saúde da população, as unidades hospitalares desempenham um papel fundamental no processo de formação acadêmica e profissional, promovendo o desenvolvimento de competências técnicas e científicas que contribuem para a qualificação contínua dos profissionais e para a inovação no setor. Conforme estabelece a portaria nº 3.390, de 2013, “os hospitais, além da assistência, constituem-se, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a Rede de Atenção à Saúde (RAS)”.

A variedade de atendimentos oferecidos dentro dessas organizações, é sustentada pela atuação colaborativa das equipes multidisciplinares, composta por profissionais de diversas áreas de conhecimento. Essa colaboração integrada é essencial para garantir que as demandas da população sejam atendidas de forma eficiente e humanizada, reforçando o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade e a equidade.

Nesse contexto, assim como em outras instituições sociais, os hospitais são estruturados em níveis hierárquicos, com suas atividades organizadas de maneira a centralizar o cuidado no paciente. Essas instituições são marcadas por sua complexidade estrutural, composta por múltiplos elementos interconectados, o que possibilita a oferta ampla de serviços. Além disso, a assistência hospitalar destaca-se por sua abrangência, contemplando o aspecto curativo e o preventivo da saúde, o que reforça sua importância no fortalecimento do sistema de saúde e na promoção do bem-estar da sociedade. Como reforça o Ministério da Saúde (MS).

Instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de estabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (Brasil, 2013, Port. 3.390, Art. 3º).

O cuidado em saúde por meio das equipes multiprofissionais em diferentes níveis de atendimento teve início com as transformações nas políticas públicas e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este, ao assumir o desafio de substituir a prática assistencial vigente, focada na cura das doenças, passou a incorporar planos e estratégias alinhados aos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência.

O trabalho nas unidades hospitalares, especialmente em situações de emergência, apresenta desafios importantes devido à complexidade e à urgência das condições dos usuários. A resolução diligente das demandas de saúde constitui uma estratégia essencial para garantir

um atendimento qualificado, seguro e centrado nas necessidades da população atendida. Nesse contexto, é fundamental que as equipes de saúde atuem de forma colaborativa, o trabalho deve transcender o objetivo exclusivo da cura. Como ressalta Costa (2000, p. 38), a “cooperação é um conjunto das operações coletivas de trabalho que garantem uma determinada lógica de organização e funcionamento dos serviços públicos de saúde”. Essa abordagem não apenas eleva a satisfação dos usuários, mas também promove o aprimoramento contínuo do sistema de saúde.

A capacidade de lidar de maneira adequada com as demandas favorece não apenas melhores resultados clínicos, como também o fortalecimento de práticas que sustentam o cuidado integral, abrangendo aspectos humanísticos, como o acolhimento, o respeito à dignidade e a consideração das necessidades emocionais e psicológicas dos usuários. Para tanto, é fundamental a interação efetiva entre as diferentes áreas do hospital, aliada à adoção de uma gestão eficiente e centrada no ser humano. Isso resulta em um atendimento mais qualificado, que abrange além das necessidades físicas, as emocionais e psicológicas dos pacientes, transformando o ambiente hospitalar em um espaço de recuperação e também de apoio.

Nesse sentido, a estratégia de atendimento aos usuários por meio do trabalho multiprofissional possibilita o desenvolvimento de ações de intervenção mais completas e individualizadas, permitindo a formulação de respostas rápidas para os problemas identificados, com potencial de impactar positivamente a qualidade de vida e o estado de saúde dos usuários. Para Fernandes e Faria (2021, p. 1), o cuidado multiprofissional é “uma metodologia de trabalho que envolve profissionais de saúde com experiências e habilidades complementares, que compartilham objetivos de saúde comuns e exercem esforços físicos e mentais combinados na avaliação, no planejamento e no atendimento ao paciente”. A integração entre os membros de uma equipe multiprofissional é essencial para garantir a qualidade e a efetividade do atendimento, exigindo formas estruturadas e organizadas de trabalho dentro de uma unidade hospitalar.

Entretanto, a hierarquia existente entre os profissionais pode representar um desafio significativo, uma vez que, a definição das áreas de atuação e os procedimentos atribuídos a cada membro da equipe pode dificultar a dinâmica colaborativa, impactando diretamente o desenvolvimento do trabalho em conjunto. Esse cenário reforça a importância de compreender como a organização do trabalho influencia não apenas a rotina laboral, mas também os resultados do cuidado oferecido. De acordo com Costa (2000, p. 38), o “processo de cooperação

envolve atividades especializadas, saberes e habilidades que mobilizam, articulam e põem em movimento, unidades de serviços, tecnologias, equipamentos e procedimentos operacionais”.

Para superar os desafios impostos pelas relações hierárquicas, é necessário refletir sobre a importância da comunicação entre as diferentes profissões e a valorização do diálogo entre os campos do saber.

Cada profissão traz consigo um olhar único e especializado sobre a realidade, e a integração desses saberes, respeitando suas particularidades fortalece o trabalho coletivo.

A inserção do Serviço Social nas unidades hospitalares exemplifica essa necessidade, com o profissional desempenhando um papel essencial no desenvolvimento de ações voltadas ao acolhimento dos usuários e à garantia do acesso aos direitos. Contudo, esse trabalho muitas vezes esbarra em desafios, como o desconhecimento por parte das equipes multiprofissionais sobre as atribuições dos assistentes sociais, o que demanda um esforço constante para reafirmar suas competências e responsabilidades dentro do ambiente hospitalar.

Criar um ambiente de trabalho colaborativo, que valorize o diálogo e a complementaridade entre as diferentes áreas de atuação no ambiente hospitalar, é um passo essencial para transformar a dinâmica laboral e atender de forma mais completa às necessidades do cuidado integral. Segundo Martinelli (2011, p. 500). “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”. Nesse sentido, a abordagem proposta se apresenta como uma ferramenta importante, pois contribui para uma visão mais ampla dos problemas enfrentados pelas equipes, facilitando a resolução conjunta e aprimorando a qualidade do atendimento prestado aos usuários.

CAPÍTULO 3 - O SERVIÇO SOCIAL NO SERVIÇO DE PLANTÃO HOSPITALAR

O Serviço Social surgiu no Brasil na década de 1930, sob a influência das correntes europeias e as ações sociais eram basicamente desenvolvidas por iniciativas da igreja Católica, em um contexto de intensas transformações sociais, políticas e econômicas, além das tensões geradas pelas lutas da classe trabalhadora. Esse período, marcado pelo processo de urbanização, industrialização e pelas lutas operárias, foi fundamental para o surgimento e a consolidação das políticas sociais, assim como para o desenvolvimento do Serviço Social como profissão, que contribuiu diretamente para a criação e implementação dessas políticas. Para Bravo e Matos (2006, p. 2), o “surgimento e o desenvolvimento do Serviço Social no período de 1930 a 1964, bem como a ação profissional na área da saúde, mostravam algumas evidências significativas”.

Contudo, os autores salientam que “a saúde não foi o setor que concentrou maior quantitativo de profissionais, apesar de algumas escolas terem surgido motivadas por demandas do setor”. Nessa época, a saúde era oferecida sem um sistema integrado e estruturado, o que só ocorreu mais tarde com a criação do SUS.

O Serviço social emerge como resposta às demandas das classes trabalhadoras, por meio de práticas filantrópicas e assistencialistas, com o objetivo de mitigar os conflitos sociais. No entanto, essas práticas refletiram negativamente no desenvolvimento profissional e na institucionalização da profissão, o que levou à sua expansão anos depois.

Ainda conforme Bravo e Matos (2006, p. 2), a inserção dos assistentes sociais como profissão na área da saúde, está diretamente relacionada às demandas e à organização das relações sociais, políticas e econômicas, pois diante das novas demandas do capitalismo monopolista, o Estado teve que encontrar soluções para os efeitos gerados por esse processo de reestruturação do capital, o que trouxe diversos impactos nos modos de vida, nas condições de trabalho e da saúde dos trabalhadores. Esse período gerou um aumento significativo na atuação profissional no setor. Nesse sentido, a inserção da profissão no âmbito da saúde surge como peça-chave, atuando como agente facilitador e intermediando as demandas dos usuários e as políticas de saúde da época.

Bravo e Matos (2006, p.2), destacam que “a influência norte-americana marcou a conjuntura anterior, tanto no nível da formação profissional quanto nas instituições prestadoras de serviços”. Segundo eles, após o “Congresso Interamericano de Serviço Social realizado em 1941”, foram criadas formas mais “efetivas de interação” e apoio, como o “oferecimento de bolsas para profissionais brasileiros e a criação de entidades organizativas”.

Assim, a área da saúde se tornou central para o Serviço Social, não apenas pelas “condições que determinaram a expansão profissional”, mas também pelo “novo conceito de saúde” proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, que passou a incluir fatores “biopsicossociais” (biológicos, psicológicos e sociais). Essa mudança gerou a necessidade de “profissionais de diferentes áreas, incluindo os assistentes sociais”, para lidar com questões sociais que afetam a saúde da população, especialmente nos “países periféricos” (Bravo e Matos, 2006, p. 2).

O Serviço Social foi considerado por muito tempo como uma profissão da ajuda, vinculado ao papel do “cuidar”. Em sua gênese, tinha como objetivo promover o melhor funcionamento e adequação dos sujeitos à realidade social. O conceito “cuidar” se transformou em uma relação assimétrica de poder, em que os assistentes sociais da área da saúde

desenvolviam, basicamente, a função de educador sanitário com intervenção normativa. Subordinados às demais profissões da área, esses profissionais buscavam, por meio de diversos instrumentos, regular as ações dos pacientes e ajustá-los aos tratamentos prescritos.

O assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária (Bravo e Matos, 2006).

Ainda no período de 1948, no contexto de uma política não universal, as exigências “concentrava-se na ampliação da assistência médica hospitalar em que os profissionais eram importantes para lidar com a contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo” (Bravo e Matos 2006, p. 3). A assistência médica tornou-se uma das principais áreas de atuação profissional. Até a década de 1960, o Serviço Social no Brasil apresentava um desenvolvimento relativamente homogêneo, marcado por uma estrutura tradicional e controladora. Nesse período, conforme Bravo e Matos (2006, p. 5), não ocorreram debates significativos que ameaçassem o “bloco hegemônico conservador”, o qual “dominava a produção do conhecimento, o trabalho profissional e as entidades organizativas” como as associações e os sindicatos. O Serviço Social permanecia à margem das decisões mais influentes, pois, embora existissem grupos de profissionais com “posicionamentos progressistas que questionavam a direção do Serviço Social, estes não dispunham de condições para alterá-la” (Bravo e Matos, 2006). Os profissionais se entrelaçavam com o momento histórico vivido pelo país, que passava por intensas transformações políticas, sociais e econômicas.

Essas mudanças se tornaram ainda mais acentuadas com o golpe militar de 1964, que instaurou um regime autoritário. Durante esse período, segundo Netto (2006), foi promovido “a modernização conservadora do país contra os interesses da massa da população”, ou seja, criava mudanças estruturais que atendiam aos interesses da alta sociedade, enquanto desconsiderava e reprimia as demandas da maioria da população. Dessa forma, o Serviço Social, influenciado pelo ambiente político e social da época, encontrava-se em um cenário de tensão entre o conservadorismo hegemônico e as tentativas de resistência e transformação.

Com base nisso, o capítulo apresenta, primeiramente, um contexto geral sobre o surgimento do Serviço Social, expondo brevemente como a profissão se configurou e foi institucionalizada no Brasil. Dando continuidade, no decorrer da seção, discute-se o processo de Renovação do Serviço Social no país, abordando a atuação do assistente social na área da saúde, com foco na política pública de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Evidencia-se o papel do assistente social em diferentes contextos, com ênfase na atuação em

hospitais públicos, incluindo a atuação destes nos espaços sócios ocupacionais públicos de saúde, pautado pelo projeto ético-político, principal orientador da atuação profissional, como também os fundamentos teóricos e práticos aplicado ao exercício profissional.

Também explana as atribuições e competências profissionais no contexto hospitalar público, englobando as principais funções desempenhadas, os desafios enfrentados no cotidiano e as contribuições do Serviço Social para a garantia de direitos no âmbito da saúde pública. Por fim, realiza uma análise específica sobre o trabalho do assistente social plantonista em unidades hospitalares, enriquecida pelo relato de experiência do estágio obrigatório curricular do curso de Serviço social, realizado no Hospital Universitário de Brasília (HUB), relacionando-a com a realidade da saúde pública no Brasil.

3. 1 ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

O Serviço Social se configurava como uma profissão caracterizada por uma abordagem assistencialista, em que os profissionais, muitas vezes, atuavam de maneira superficial, sem questionar as estruturas sociais que geram as desigualdades. No entanto, a partir de 1965, com o início do movimento de reconceituação, começaram a ocorrer mudanças significativas no Serviço Social. Esse movimento aproximou as práticas profissionais das especificidades sociais, econômicas e políticas do país e rompeu com a visão assistencialista predominante até então. O movimento de reconceituação, buscava para a profissão de Serviço Social um referencial teórico-prático mais alinhado com a realidade social e política brasileira, especialmente com as necessidades das classes trabalhadoras e das populações marginalizadas. O movimento não só desafiou a visão tradicional da profissão, mas também introduziu uma nova concepção sobre as políticas sociais, afastando-se do assistencialismo e se aproximando de um enfoque emancipatório e transformador.

De acordo com Bravo e Matos (2006, p. 4), “o Serviço Social sofreu profundas transformações, no pós-1964”, que tiveram repercussões diretas na atuação dos assistentes sociais, especialmente nas áreas da saúde e das políticas sociais. Essas transformações estiveram intimamente relacionadas aos impactos da ditadura militar, que ao implementar uma forte repressão política e social, provocou uma reconfiguração das demandas e das práticas profissionais, obrigando os assistentes sociais a repensarem seu papel diante das transformações sociais e políticas do país.

Além disso, no pós-1964 evidenciou-se a necessidade de repensar o acesso das classes menos favorecidas às políticas públicas. O entendimento de que a melhoria das condições de

vida da população carente não deveria ser tratada como um simples gesto de caridade, mas como um direito legítimo, foi uma das grandes conquistas do movimento de reconceitualização. Esse reconhecimento impulsionou a mobilização de assistentes sociais e de outros profissionais que atuavam nas áreas de assistência, saúde, educação e direitos humanos, em uma luta constante por justiça social e por direitos universais.

Na década de 1970, o Serviço Social passou por um período de renovação, caracterizado pela “modernização conservadora”, como aponta Netto (2006). Este movimento representou tanto a reatualização do conservadorismo quanto a tentativa de ruptura com certas práticas anteriores. Nesse período, apesar do surgimento de novas abordagens teóricas e metodológicas, além do impacto do Movimento de Reforma Sanitária, que influenciou o campo da saúde, a modernização conservadora fez com que a prática profissional se concentrasse na dimensão terapêutica, destacando técnicas de intervenção, burocratização das atividades e concessão de benefícios.

O movimento de transformação do Serviço Social, especialmente a partir do Congresso da Virada de 1979, foi fundamental para romper com o conservadorismo da época, adotando uma perspectiva crítica e emancipadora. Esse movimento não refletiu apenas um compromisso com a defesa dos direitos sociais, mas também com a promoção de mudanças estruturais na sociedade.

Esse congresso é um marco simbólico na recusa do conservadorismo de origem no Serviço Social brasileiro em favor de sua renovação histórico-crítica, ao associar-se aos interesses e necessidades dos trabalhadores em luta pela democracia (Iamamoto, 2019, p.441).

A crise econômica e política durante o período da ditadura militar iniciou o desgaste do regime, criando um ambiente favorável ao crescimento dos movimentos sociais, com destaque para o Movimento da Reforma Sanitária, crucial para mudanças na política de saúde pública, conforme já discutido no primeiro capítulo.

Nesse contexto, Iamamoto (2009) ressalta que o Serviço Social também passou por transformações profundas, impulsionadas pela conjuntura histórica e pelas lutas de categoria. A renovação do Serviço Social não se limitou a uma reação às mudanças externas, mas representou um avanço significativo na consolidação de um projeto ético-político, fundamentado em uma perspectiva crítica. Esse processo foi marcado pela atuação proativa dos próprios profissionais, que redefiniram os fundamentos éticos, políticos e teóricos da profissão, permitindo a construção de um Serviço Social comprometido com os princípios da justiça social, da democracia e da emancipação das classes trabalhadoras, atendendo às demandas de uma sociedade em constante transformação. Iamamoto (2009) destaca que:

Nesse lapso de tempo o Serviço Social brasileiro construiu um projeto profissional radicalmente inovador e crítico, com fundamentos históricos e teórico-metodológicos hauridos na tradição marxista, apoiado em valores e princípios éticos radicalmente humanistas e nas particularidades da formação histórica do país, (Iamamoto, 2009, p. 4).

Nesse sentido, o assistente social exerce a teoria e a prática profissional com base em competências e atribuições específicas, adotando uma abordagem crítica da realidade para compreender e atender às demandas que surgem no cotidiano. Esse processo exige do profissional a capacidade de reconhecer tanto as possibilidades quanto os limites impostos pelas instituições e pelo Estado, frequentemente caracterizado por estruturas autoritárias e centralizadoras, que estabelecem normas e regras a serem seguidas.

Conforme Netto (2006), o projeto ético-político tem suas origens na transição dos anos 1970 para os anos 1980, em meio ao processo de renovação da profissão. Explicitado na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662/93), o projeto ético-político da profissão alinha-se de forma harmônica a diversos princípios do projeto da Reforma Sanitária, sendo que os assistentes sociais desempenharam um papel crucial na defesa do direito à saúde, especialmente nas assembleias constituintes que antecederam a promulgação da Constituição de 1988. Além disso, os órgãos representativos e documentos da profissão, como o Código de Ética Profissional (CFESS 273/93), as Diretrizes Curriculares para o curso de Serviço Social (ABEPSS/96) e os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), fornecem subsídios éticos, políticos e sociais fundamentais para que o profissional realize a mediação das correlações de forças nas instituições, reafirmando o compromisso com a transformação social e a defesa dos direitos da população. O tripé normativo-jurídico que sustenta o projeto ético-político do Serviço Social é uma referência indispensável na atuação cotidiana do assistente social, proporcionando uma base sólida para seu trabalho nos mais diversos campos de atuação.

Na prática, o assistente social precisa ser um sujeito crítico diante da realidade social em que está inserido, capaz de realizar uma leitura crítica do contexto vivido. Ele compreende que, em sua atuação, é indissociável a relação entre teoria e prática, atuando de forma ética, crítica e relevante no enfrentamento das expressões da questão social. A construção do saber profissional, mediada pela relação teoria-prática, se estende ao projeto ético-político da profissão, ou seja, o assistente social pauta-se nesse projeto ao compreender sua essencialidade na emancipação humana e social dos usuários.

Nesse contexto, o documento Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2010), chama atenção para “as diversas armadilhas que são colocadas pela

organização social capitalista, no que se refere à análise das expressões da questão social”. O documento ressalta para:

as seguintes questões que devem ser objeto de atenção: a primeira armadilha é a pulverização e fragmentação da questão social, atribuindo aos indivíduos a responsabilidade por suas dificuldades e pela sua pobreza, isentando a sociedade de classes de sua responsabilidade na produção e reprodução das desigualdades sociais” (Iamamoto, 2002 apud CFESS, 2010).

Essas situações têm grande impacto na saúde, especialmente quando os profissionais responsabilizam o usuário pela sua condição de saúde. Nesse contexto, o assistente social deve assumir um papel socioeducativo, ajudando os usuários a se tornarem sujeitos críticos em relação à sua realidade e à sua condição social, de modo que deixem de se culpar pela situação em que se encontram. Essa abordagem coloca o usuário como sujeito ativo no processo de cuidado, reforçando a ideia de que ele não é apenas um receptor de serviços, mas um participante importante na busca por soluções coletivas. Isso se reflete, por exemplo, nas situações em que o assistente social atua junto às famílias em vulnerabilidade social. Quando uma dessas famílias busca atendimento hospitalar, mas não possui condições financeiras de arcar com medicamentos ou cuidados básicos em casa, o assistente social não se limita a orientar sobre os recursos disponíveis. Ele também busca políticas públicas articuladas para garantir acesso aos benefícios e serviços sociais. Nesse processo, o profissional dialoga com a família para compreender a sua realidade e, juntos, encontram estratégias que respeitem suas escolhas e valores.

Assim, diante das adversidades, os profissionais buscam desenvolver ações que visem a transformação das correlações de forças, promovam o trabalho colaborativo, fortaleçam a autonomia e assegurem o acesso aos recursos institucionais. Nesse cenário, as iniciativas integradas à luta pela cidadania e pela ampliação da participação social reafirmam o compromisso ético e político da profissão. Esse compromisso reflete na atuação do assistente social em todas as áreas, incluindo o campo da saúde, onde trabalha norteado pelo Código de Ética Profissional, que orienta sua prática e mantém um diálogo constante com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa perspectiva crítica e emancipatória da profissão torna-se evidente o papel do assistente social na saúde, especialmente quando se observa sua atuação nas diversas dimensões da atenção à saúde, desde a atenção básica até os serviços de maior complexidade.

Pensar e 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, determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; [...] •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; [...] (Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde, CFESS, 2010).

Isso reflete o compromisso da profissão com a transformação das condições de vida das populações, em consonância com o projeto ético-político, que visa garantir o direito à saúde como um direito universal e não como um favor ou assistência.

De acordo com os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde⁸ (CFESS, 2010), “os assistentes sociais na saúde trabalham em quatro grandes eixos: atendimento direto ao usuário, investigação, planejamento e gestão, mobilização, participação e controle social, assessoria, qualificação e formação profissional”. Esses eixos que formam a base para atuação profissional, devem ser analisados em sua complexidade e não de maneira isolada. Ainda conforme o documento do CFESS (2010, p.41), o atendimento direto realizado pelo assistente social na saúde, ocorre nos mais “diversos espaços de atuação”, abrangendo desde a “atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade”. Este atendimento inclui intervenções nas estruturas da rede de serviços, que compreendem unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), policlínicas, institutos, maternidade, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), hospitais gerais, de emergência, especializados e universitários (CFESS, 2010, p.41).

Essa atuação evidencia a indissociabilidade entre teoria e prática, ao integrar “ações socioassistenciais, interdisciplinares e socioeducativas” que não “ocorrem de forma isolada”, mas como parte de um processo coletivo de trabalho em saúde (Miotto e Nogueira, 2006). Nesse sentido, para a concretização dessas ações, é essencial uma análise abrangente do trabalho profissional, um planejamento adequado, bem como a mobilização e a participação social dos usuários, com o objetivo de garantir o direito à saúde.

3. 1. 1 O Serviço Social no Distrito Federal

Conforme exposto no capítulo 1, o Sistema Único de Saúde (SUS) está organizado em níveis de atenção e assistência à saúde, oferecendo serviços de acordo com o grau de complexidade necessário. A Portaria 4.279 (2010) estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), classificando

⁸Percebe-se que os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, não apresenta de forma aprofundada orientações para atuação do assistente social em plantões hospitalares.

os níveis de atenção e assistência à saúde em atenção primária, secundária e terciária, ofertando os serviços conforme o grau e a complexidade (Brasil, 1990).

Nesse sentido, o acesso da população aos serviços deve seguir essa organização, na qual são definidos o nível de complexidade do atendimento, os serviços e as tecnologias necessárias para resolver as situações de saúde. Ou seja, as demandas que não puderem ser atendidas na atenção primária/básica, deverão ser encaminhadas para os serviços de média e alta complexidade e, assim por diante.

O trabalho dos assistentes sociais no SUS envolve as diversas expressões da questão social, especialmente no processo saúde-doença dos usuários e se desenvolve em diferentes setores de atenção à saúde. Segundo Pinheiro e Santos (2022), na Atenção Básica, os assistentes sociais estão inseridos principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas Unidades de Saúde da Família (USF), nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família⁹ (NASF), entre outros setores. No cotidiano, as principais atividades realizadas nesses espaços pelos profissionais envolvem: “atendimento ao usuário, orientação sobre direitos, encaminhamentos, visitas domiciliares, preenchimento de fichas sociais, cadastramento nos programas sociais, reuniões grupais e palestras informativas” (Pinheiro e Santos, 2022).

No Distrito Federal, a média complexidade se concentra nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), que funcionam 24 horas por dia. São estabelecimentos de saúde complexos, situando-se entre Unidades Básicas de Saúde, Saúde da Família e a Rede Hospitalar. As UPAs fazem parte do sistema público de saúde, e são geridas pelo Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal (IGES/DF), que também administra alguns hospitais, como Hospital de Base, Hospital Regional de Santa Maria e Hospital Cidade do Sol.

Implantada em 2003 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de fortalecer a construção do SUS, as UPAs integram a Política Nacional de Atenção às Urgências e são “composta por serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatórios, envolve atendimento direcionado para áreas como pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia entre outras especialidades médicas” (Brasil, 2022).

De acordo com o Protocolo de Atendimento do Serviço Social nas Unidades de Pronto Atendimento (PASS-UPA 24h/DF, 2019), a atuação do Assistente Social nessas unidades “não

⁹Os/as assistentes sociais não compõem mais o NASF, agora elas fazem parte das equipes multiprofissionais eMulti que prestam apoio ao NASF quando necessário. A mudança na composição das equipes dos NASF, incluindo a realocação de assistentes sociais para equipes multiprofissionais de apoio, ocorreu com a publicação da Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023, do Ministério da Saúde do Brasil. Essa portaria instituiu o novo modelo de equipes multiprofissionais, denominadas eMulti, substituindo os antigos NASF.

está prevista nos regulamentos do Ministério da Saúde, quanto à equipe mínima”, mas as unidades “contam com os profissionais”. Os servidores pertencem ao quadro da Secretaria do Estado de Saúde (SES/DF), vinculados à Gerência de Serviço Social, os profissionais se inserem nas unidades integradas às demais equipes prestando o trabalho voltado a identificar os aspectos sociais das demandas apresentadas pelos usuários.

Ainda de acordo com o documento, as ações prestadas vão desde os “encaminhamentos da equipe multiprofissional e/ou de outros serviços da rede de saúde, socioassistencial, sociojurídico, priorizando o atendimento dos pacientes avaliados com maior risco ou vulnerabilidade social”. Também incluem as demandas espontâneas, que, nesse caso, chegam especificamente ao Serviço social, onde é “realizado o acolhimento e prestadas as orientações a respeito da rede de atenção básica referenciada, além de informações das demais políticas públicas”. Entre as diversas atividades realizadas pelos assistentes sociais nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), estão:

Mapear a rede de serviços socioassistenciais; identificar vínculos familiares e rede de apoio; realizar abordagem socioeducativa a pacientes e/ou familiares para adesão ao tratamento; encaminhar paciente à equipe multiprofissional da unidade; verificar a rede referenciada para atendimento ao paciente; realizar encaminhamentos para a rede socioassistencial; realizar encaminhamentos para órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar, Defensoria Pública, Central Judicial do Idoso, entre outros); localizar e convocar familiares, responsáveis ou rede de apoio dos pacientes (criança, adolescente, idoso, pessoa com deficiência) que chegam ou permanecem na UPA desacompanhados; realizar visitas domiciliares e institucionais; acionar os serviços de apoio à população em situação de rua; participar junto com a equipe multiprofissional do processo de notificação de casos de suspeita ou confirmação de violência e encaminhar aos órgãos respectivos e elaborar relatórios e pareceres sociais (PASS–UPA 24h/DF, 2019).

A alta complexidade engloba os hospitais e exigem especialistas aptos a tratar os casos que não puderam ser resolvidos na Atenção Básica ou na Média complexidade. São setores especializados com centros cirúrgicos e leitos de UTI, também realizam procedimentos de atenção especializada, como os oncológicos, cardiovasculares, transplantes e partos, entre outros (Brasil, 2022). Além disso, nos hospitais públicos esse nível de atenção é formado pelos setores de urgência e emergência os quais atendem ao pronto-socorro ou pronto atendimento.

Os prontos atendimentos devem contar com equipes multiprofissionais que atendem de forma integral à população usuária, 24 horas por dia. Nesse sentido, os assistentes sociais que se inserem nessas equipes enfrentam desafios diversos para conseguir exercer seu papel,

principalmente quando a atuação ocorre no plantão. Esses desafios, específicos ao regime de plantão, impactam tanto os pacientes quanto os próprios profissionais, exigindo uma atuação diferenciada para lidar com as demandas de ambos.

3. 1. 2 O Trabalho do Assistente Social na Alta Complexidade

A atuação do assistente social na alta complexidade vai além do atendimento inicial, abrange todo o período de internação até a alta hospitalar. O profissional desempenha um papel fundamental no acolhimento tanto do paciente quanto de seus familiares, oferecendo apoio emocional e orientações. Além de realizar os atendimentos socioassistenciais, o assistente social orienta os usuários sobre os serviços de assistência disponíveis, bem como os programas e benefícios aos quais têm direito. Durante o período de internação, o assistente social envolve-se em questões relacionadas à vulnerabilidade social, ao acesso aos recursos necessários, à necessidade de cuidados pós-alta e o fortalecimento das redes de apoio familiares e comunitárias. Em vista disso, exerce uma função de mediação, garantindo que os direitos dos usuários sejam respeitados. O profissional esclarece sobre as políticas públicas de saúde, previdência e assistência social, bem como as formas de acesso aos benefícios, assegurando uma abordagem integral e contínua para o cuidado e a recuperação.

O acolhimento ao usuário, não se limita à uma simples orientação, envolve também a socialização de informações, onde é esclarecido sobre a condição de saúde, sempre considerando os fatores sociais que influenciam o processo saúde-doença. Nesse sentido, a intervenção do assistente social nesse processo, tem como objetivo fortalecer o paciente e seus familiares, ajudando-os a compreender as implicações da situação de saúde e as possibilidades oferecidas pelo sistema, sem, no entanto, interferir nas condutas técnicas dos demais profissionais. Esse tipo de intervenção, alinhado ao movimento crítico e emancipador do Serviço Social, não se restringe à resolução de demandas imediatas, mas busca promover um entendimento mais amplo sobre os direitos dos usuários e sua posição nas estruturas sociais.

A atuação do serviço social na média e alta complexidade envolve desafios que demandam dos profissionais não apenas habilidades técnicas, mas também uma abordagem ética, crítica e bem estruturada, uma vez que o trabalho desenvolvido ocorre em um ambiente de alta pressão, caracterizado por demandas urgentes e diversificadas, onde é essencial equilibrar as necessidades individuais dos usuários com os determinantes sociais que influenciam sua saúde. Nesse modo, a presença de uma equipe multiprofissional é indispensável para atender, de forma integral, às necessidades dos pacientes.

O hospital é um campo de trabalho importante para o Serviço Social, é onde se pode compreender e analisar as diversas expressões da questão social presentes nas demandas atendidas. Como explicita Martinelli (2011), no âmbito do Serviço Social, “o alcance do olhar do profissional eticamente comprometido transcende os muros do hospital” e os assistentes sociais são os profissionais que mais se aproxima dessa realidade, vivenciando de perto as situações complexas das pessoas com as quais trabalham. Poucas profissões oferecem chegar tão perto da realidade de vida do usuário.

Ao ingressar nos serviços de saúde de alta complexidade os/as pacientes se encontram em alto grau de enfermidade e com diversas debilidades que antecedem a internação hospitalar. Por conta disso, as demandas que chegam até os serviços hospitalares, em sua grande parte, não se esgotam na saúde, isto é, ultrapassam os limites institucionais (Andreani, Dias e Dalpiaz, 2021).

Nessa perspectiva, é preciso que o profissional tenha conhecimento sobre os limites de sua atuação, evitando as sobrecargas para garantir êxitos nas intervenções práticas. Para Andreani, Dias e Dalpiaz (2021), os desafios que permeiam a média e alta complexidade estão relacionados à necessidade de “superação de um trabalho imediatista, que contribui com a manutenção de uma visão simplista e, por vezes, superficial das situações”. Esse cenário é frequentemente marcado por relações de poder que centralizam as decisões na prática médica, dificultando um diálogo efetivo entre as diferentes profissões.

Nesse sentido, destaca-se também o imediatismo nas intervenções hospitalares, geralmente impulsionado pela “pressão para a desocupação de leitos”, que se manifesta, principalmente, nas “internações sociais”¹⁰. Nessas situações, há uma urgência para a liberação do leito, seja porque já se esgotaram todas as possibilidades de evolução dentro do ambiente hospitalar, ou porque a permanência do paciente não está “relacionada mais ao adoecimento físico” (Andreani, Dias e Dalpiaz, 2021). Essa lógica reduz o tempo disponível para análises aprofundadas das condições sociais dos usuários, reforçando práticas pontuais e fragmentadas, o que compromete a integralidade do cuidado e subestima os determinantes sociais que influenciam diretamente o bem-estar dos pacientes.

Diante desse cenário, os assistentes sociais prezam pela alta segura e protegida, em detrimento a desocupação ou giro de leito¹¹. Essa situação é um grande desafio para a equipe do Serviço Social, pois o paciente tem que ter condições sociais para alta. Para tanto, se exige

¹⁰ Trata-se de uma situação vivida por pessoas, especialmente idosos, que já receberam alta hospitalar, mas permanecem internados devido à perda do vínculo familiar, à recusa em serem levados para asilos ou à necessidade de cuidados específicos que não podem ser atendidos fora do hospital.

¹¹ O giro de leito é um indicador hospitalar que mede a rotatividade dos leitos em um determinado período, avaliando a eficiência da ocupação hospitalar.

a identificação de um familiar que possa se responsabilizar pelo cuidado dos pacientes em conjunto com equipe do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD)¹². Uma limitação que compromete a integralidade do cuidado, um princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS).

Uma das situações crônicas que estressa e onera os assistentes sociais nos hospitais é a alta em situações que envolvem população de rua, crianças e idosos abandonados. Considerados “casos sociais”, são colocados sob a responsabilidade exclusiva do Serviço Social, sem considerar-se, por exemplo, a resolutividade das ações realizadas caso o tratamento indicado não tenha continuidade. Diante dos problemas de financiamento da saúde e da assistência social, são situações de difícil enfrentamento. (CRESS, 2009, p.26).

Outro obstáculo, conforme Andreani, Dias e Dalpiaz (2021), é a ausência de uma prática intersetorial consolidada. As demandas da alta complexidade frequentemente ultrapassam o setor de saúde, englobando necessidades relacionadas à assistência social, habitação, previdência e educação. No entanto, as ações intersetoriais permanecem insuficientes, muitas vezes limitando-se a encaminhamentos pontuais, sem uma verdadeira articulação entre os serviços. Essa lacuna reflete tanto a burocratização das instituições quanto a ausência de estratégias para fomentar a integração entre diferentes políticas públicas.

Diante dessa realidade, a educação permanente também se apresenta como um desafio relevante de acordo com as autoras. Embora seja reconhecida como um instrumento essencial para a qualificação profissional e a promoção de práticas reflexivas, muitas instituições hospitalares não priorizam programas de capacitação contínua. Isso limita o desenvolvimento profissional, fazendo com que os assistentes sociais se vejam presos a rotinas acrílicas e mecanizadas, incapazes de acompanhar e responder às demandas emergentes.

O assistente social precisa equilibrar as demandas institucionais com a necessidade de uma atuação mais crítica e transformadora, o que exige uma compreensão profunda das diversas realidades em que está inserido. Esse equilíbrio é particularmente desafiador nos hospitais, onde a atuação dos profissionais se caracteriza por uma multiplicidade de frentes, refletindo as especificidades de cada setor. Nesse sentido, a atuação desses profissionais nos hospitais é, portanto, multifacetada, sendo adaptada de acordo com as particularidades de cada ambiente.

Dentre os setores mais requisitados para a intervenção do assistente social, destacam-se áreas como a oncologia, o ambulatório, da pediatria, a unidade de terapia intensiva (UTI), setores de internação, entre outros. Cada uma dessas áreas exige habilidades e estratégias

¹²O Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD) é uma estrutura organizacional do SUS responsável por coordenar e apoiar os serviços de atenção domiciliar em determinada região, garantindo a continuidade do cuidado para pacientes que necessitam de assistência em casa.

específicas para lidar com as demandas sociais dos pacientes e de seus familiares. Nesse contexto, a oncologia se destaca como um ambiente em que o assistente social desempenha um papel essencial no suporte a pacientes e familiares diante do impacto emocional e social do diagnóstico e tratamento do câncer. O câncer, em especial a leucemia, é uma doença que, na maioria dos casos, requer tratamento prolongado e que pode causar limitações físicas aos acometidos. Nesse sentido, além do acompanhamento das condições clínicas, o assistente social presta orientações sobre direitos, o acesso a tratamentos e cuidados paliativos, e a articulação com outros serviços de saúde e rede de apoio. Uma vez que, em casos graves, pacientes da rede pública podem ter direito ao tratamento domiciliar, uma modalidade presente nos serviços de saúde que transfere para a casa do paciente o tratamento normalmente realizado na clínica ou consultório, mantendo a mesma qualidade e acompanhamento, desde que seja indicado obrigatoriamente por um profissional de saúde.

De acordo com Bretani (2013), entre os profissionais envolvidos no atendimento a pacientes com câncer, encontra-se o assistente social, cuja atuação está voltada para o atendimento das necessidades psicossociais e emocionais do usuário. A atuação é orientada pelo compromisso com a valorização da dignidade humana, compreendendo o paciente como um ser completo que pertence a uma família e a uma comunidade. O assistente social trabalha com uma perspectiva de acolhimento tanto da pessoa que se encontra em estado de doença quanto de seus familiares. Nesse sentido, a atuação do assistente social não se limita a atender demandas imediatas, mas também busca garantir os direitos sociais, reafirmando o compromisso ético-político da profissão, que se fundamenta no “reconhecimento da condição humana e na de sua emancipação”. Essa abordagem envolve a “relação entre saúde, doença, cuidados e as necessidades da população atendida, seus familiares e a própria comunidade” (Martinelli, 2011, p.501). Ademais, a autora ressalta que é dever do assistente social “consolidar a ética profissional por meio de um exercício crítico e competente, materializando os princípios do Código de Ética, do Projeto Ético-Político da profissão e dos Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política de Saúde”, com o objetivo de promover a transformação social.

Martinelli (2011), aponta que o Serviço Social na área da saúde apresenta características que o diferenciam de outros ambientes sócio-ocupacionais. Para ela, nesse cenário “há múltiplas identidades em interação” e o que está em jogo é a construção de uma prática competente, que considera valores fundamentais como a humanidade, a qualidade de vida e, em casos extremos, a dignidade da morte”, especialmente no atendimento aos “pacientes que se encontram fora de possibilidade de cura”. Estes princípios devem ser alicerces não apenas para a atuação do

assistente social, mas para toda a equipe de saúde, destacando a importância de uma intervenção que respeite e valorize a dignidade do ser humano, mesmo nas situações mais críticas.

Em se tratando da parte ambulatorial, a atuação do assistente social vai além do contexto hospitalar, envolvendo o acompanhamento de casos típicos e de demandas que extrapolam os atendimentos realizados em unidades hospitalares. Esse trabalho no ambulatório se torna essencial para a continuidade do acompanhamento psicossocial e emocional dos pacientes, especialmente daqueles que enfrentam tratamentos prolongados ou crônicos. A assistência social ambulatorial visa integrar a abordagem terapêutica à atenção às necessidades mais amplas dos pacientes, garantindo a continuidade do tratamento e a construção de redes de apoio.

Além disso, as áreas como a pediatria, a unidade de terapia intensiva (UTI) e os setores de internação, também contam com a presença do serviço social, que oferece apoio contínuo e especializado conforme as necessidades de cada paciente e sua família. Os serviços oferecidos nesses setores têm suas especificidades e desafios. Um exemplo disso é o plantão, um serviço que exige respostas rápidas e soluções imediatas principalmente nas situações de urgência e emergência.

Os serviços no plantão hospitalar se destacam como uma das áreas em que o assistente social deve atuar de forma ágil e precisa. Essa modalidade requer habilidades para lidar com situações inesperadas, organização para altas hospitalares emergenciais, orientação às famílias sobre os direitos e os serviços disponíveis, além de intervenções em momentos críticos envolvendo aspectos éticos e sociais. Na próxima seção, será abordado de forma detalhada como o plantão no pronto atendimento hospitalar se configura como uma das áreas centrais da atuação do serviço social, destacando suas particularidades e estratégias de ação dentro do contexto hospitalar, conforme proposto na seção 3.2 a seguir.

3. 2 DESAFIOS PARA O/A ASSISTENTE SOCIAL NO PLANTÃO EM PRONTO ATENDIMENTO NO ÂMBITO DO SUS

Dando continuidade ao que foi exposto, nesta seção 3.2 foram considerados os desafios enfrentados pelo/a assistente social durante o plantão em pronto atendimento no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Como uma das áreas centrais de atuação do Serviço Social no ambiente hospitalar, o plantão em pronto atendimento exige uma abordagem diferenciada, devido à natureza emergencial e imprevisível das situações que surgem. A partir disso, evidenciou-se as particularidades dessa prática, destacando os principais obstáculos enfrentados

pelos assistentes sociais, com base também na experiência obtida no estágio obrigatório em Serviço Social, realizado no Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Conforme os Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Área da Saúde (2010), a atuação do assistente social deve envolver a articulação do recorte social nas diferentes estratégias de promoção da saúde. O profissional deve ser capaz de identificar as causas e a multiplicidade de fatores que influenciam a qualidade de vida da população. A atuação do profissional na saúde, não se limita ao atendimento direto no hospital, envolve tanto ações internas quanto externas, sempre articuladas com outras políticas sociais, como programas de segurança alimentar, educação e habitação, atendendo de acordo com as necessidades de cada família.

Nesse contexto, o assistente social pode direcionar a família para programas sociais ou serviços de apoio, como também pode estabelecer parcerias com as Organizações não Governamentais (ONGs), que oferecem apoio psicossocial ou assistência jurídica, ampliando as redes de suporte para as famílias atendidas, além de fornecer orientações sobre os direitos e serviços disponíveis, realizam intermediação e mediação, e encaminham para programas de suporte financeiro e social. Nesse processo, o assistente social promove um diálogo contínuo com a família, respeitando seus valores e autonomia, ajudando a estabelecer estratégias que atendam às suas necessidades reais, garantindo que as soluções adotadas estejam de acordo com os direitos e a dignidade da família.

Diante das demandas, os assistentes sociais precisam priorizar respostas rápidas, fornecendo informações claras e orientações precisas aos assistidos. No entanto, é nesse contexto que o profissional enfrenta diversas barreiras que dificultam o desenvolvimento do trabalho.

Nesse sentido, dentre os vários desafios e barreiras que dificultam o trabalho do assistente social plantonista em pronto atendimento, destacam-se a demora no contato com as redes de apoio, comprometendo a operacionalização dos atendimentos; a falta de recursos; a grande quantidade de demandas; as situações relacionadas às condições sociais e familiares; a necessidade de articulação constante com as redes de apoio; os espaços inadequados para os atendimentos, que muitas vezes não respeitam o sigilo profissional nem as normas que orientam a profissão. Além disso, a legitimidade e o reconhecimento profissional do assistente social, na maioria das vezes, são reduzidos ao campo técnico-operativo, um desafio frequente, em que o assistente social precisa reafirmar suas competências teórico-metodológicas e ético-política diante das limitações das demandas institucionais. Somado a isso, há também o

desconhecimento, por parte das instituições e equipes multiprofissionais, sobre as atribuições do assistente social, o que torna necessário que o profissional as reafirme constantemente. Além da falta de padronização das informações, que compromete a segurança do usuário e a continuidade dos serviços. Sobre os desafios, Guerra et. al. (2016) destaca:

Uma tendência histórica, que é de tributar o reconhecimento profissional a utilização de técnicas e ao domínio do instrumental técnico-operativo. Nessa perspectiva, a legitimidade profissional seria dada pelo domínio do instrumental, fazendo valer a profissão a partir da aplicação da técnica dirigida aos objetivos da instituição” (Guerra et. al. 2016, p.10).

Sobre as atribuições profissionais, de acordo com publicação do CRESS/RJ (2009), os “diferentes profissionais de saúde dirigem-se, com frequência, aos assistentes sociais, com solicitações de ações que devem ser realizadas pelo próprio profissional demandante, como mandam a rotina da unidade ou da instituição”. Com base nisso, os conflitos vivenciados pelos assistentes sociais no hospital ressaltam a importância do posicionamento da categoria em estabelecer claramente suas competências, conforme as disposições do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Isso ocorre porque, ao “incorporar tudo aquilo que outros profissionais não fazem, põe o nosso exercício profissional conectado e em sintonia à tendência de desespecialização, desprofissionalização e dessubjetivação” (Guerra et.al., 2016, p. 13).

3. 2. 1 O trabalho do Assistente Social Plantonista a partir da experiência no Hospital Universitário de Brasília (HUB)

O Hospital Universitário de Brasília (HUB) é uma instituição pública federal do Sistema Único de Saúde (SUS), administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), e faz parte da atenção secundária do SUS. O HUB oferece atendimento à população do Distrito Federal em parceria com a Secretaria de Saúde (SES-DF), por meio de convênio. O acesso aos serviços se dá com o Complexo Regulador do Distrito Federal, órgão da Secretaria de Saúde do DF (SES-DF) cuja missão é “organizar o acesso dos pacientes aos atendimentos ambulatorial (consultas), hospitalar (internação), Terapia Intensiva (UTI) e urgência e emergência (pronto-socorro) disponíveis na rede de saúde pública do DF (HUB-UnB, 2022). Os usuários do Serviço Social chegam no Centro de Pronto Atendimento (CPA), local onde as atividades de estágio obrigatório foram realizadas, encaminhados pelas UBS, pelos Hospitais Regionais ou por demandas espontâneas (Santos, 2022).

O HUB destaca-se como uma importante instituição de saúde, oferecendo assistência integral em serviços de média e alta complexidade, com especialidades médicas e multiprofissionais, sendo referência na especialização de tratamentos de pacientes

cardiológicos, oncológicos e de maternidade de alto risco. Além de ser um centro de excelência no atendimento, o HUB integra ensino, pesquisa e extensão, tornando-se um espaço fundamental para a formação acadêmica.

Vinculado à Universidade de Brasília (UnB), o hospital funciona como um espaço de formação para estudantes de graduação e pós-graduação, por meio de estágios e programas de residência médica e multiprofissional. Além disso, atua como campo de pesquisa para professores e pesquisadores de diferentes regiões do Brasil e do mundo, consolidando-se como um centro de referência tanto no cenário acadêmico quanto no de saúde (HUB-UnB, 2022). No CPA, o Serviço Social integra a equipe multiprofissional composta por enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, entre outros, onde todos estão inseridos numa dinâmica de trabalho conjunta para possibilitar que o cuidado em saúde se concretize (Santos, 2022). Nesse sentido, a cooperação engloba o:

Conjunto das operações coletivas de trabalho que garantem uma determinada lógica de organização e funcionamento dos serviços públicos de saúde. O processo de cooperação envolve atividades especializadas, saberes e habilidades que mobilizam, articulam e põem em movimento, unidades de serviços, tecnologias, equipamentos e procedimentos operacionais (Costa, 2000, p. 38).

Durante o período de realização do estágio obrigatório, foi possível observar que o assistente social plantonista do Centro de Pronto Atendimento do HUB, lidava com demandas de grande complexidade, nas quais o acolhimento e a escuta qualificada se tornavam fundamentais (Santos, 2022).

Nesse sentido, Martinelli (2011) destaca que, “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”.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, o acolhimento é uma postura ética que envolve a escuta qualificada do usuário em suas queixas, o reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e a corresponsabilização pela resolução das demandas, por meio da ativação de redes de compartilhamento de saberes. Trata-se de um compromisso de responder às necessidades dos cidadãos que buscam os serviços de saúde. No contexto hospitalar, especialmente no Pronto Atendimento, a atuação do assistente social no acolhimento evidencia o seu papel fundamental no serviço de saúde, pois este assegura a humanização do cuidado, reforça o vínculo entre os usuários e os serviços de saúde e contribui para a efetivação dos princípios da PNH. Isso destaca a relevância da presença desse profissional nesses espaços.

No período do estágio obrigatório, foi possível observar que as demandas apresentadas pelos usuários ao Serviço Social do CPA eram de diferentes naturezas, sendo de forma espontânea ou por meio da busca em prontuário. Entre as principais solicitações, destacam-se: inclusão no Programa de Terapia Nutricional Enteral/Domiciliar (PTNED)¹³ e no Núcleo de Atenção Domiciliar (NRAD); Sepultamento Social¹⁴; orientações sobre transportes para hemodiálise; autorização para acompanhantes; solicitações para a concessão de Passe Livre Interestadual¹⁵; concessão de Auxílio-doença¹⁶, orientação sobre questões previdenciárias, informações sobre os direitos dos pacientes com câncer, entre outras. Essas demandas exigiam do profissional uma escuta sensível e qualificada (Santos, 2022).

Durante a experiência de estágio no HUB, observou-se que a atuação do assistente social no plantão consistia em atender essas demandas e oferecer respostas de forma imediata. Nesse sentido, em relação às atribuições dos profissionais no setor, foram observadas as seguintes:

- Acolhimento Social: faz parte do processo de intervenção dos assistentes sociais, compreendendo três elementos em interação constante como a escuta, a troca de informações e o conhecimento da situação em que o usuário se encontra.
- Escuta ativa/qualificada: é uma habilidade que deve ser adquirida e desenvolvida com a prática profissional do assistente social, significando concentrar-se totalmente no que está sendo dito, em vez de apenas ouvir a mensagem de quem está falando. Nesse sentido, o que se espera do profissional, conforme Guerra *et.al.* (2016, p.9), é que ele “seja capaz de escutar, ouvir, para estabelecer um clima de aceitação recíproca bem como de proporcionar uma ‘integração’ do usuário no contexto sócio-institucional, no qual sua demanda será, em tese, atendida”.
- Evolução de pacientes: feito em prontuário eletrônico, mediante senha individual de acesso, fato este que recai sobre a autenticidade do registro.

¹³A Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED) é definida como os procedimentos relacionados à administração de nutrientes por meio da nutrição enteral, prestado no domicílio do paciente, com a finalidade de melhorar ou manter o estado nutricional.

¹⁴O Sepultamento social, também conhecido como enterro social, é um benefício concedido pela Secretaria de Desenvolvimento Social de duas formas: a primeira, em bens de consumo, com concessão da urna funerária, velório, sepultamento, incluindo traslado, capela, pagamento de taxas e colocação de placa de identificação. A segunda é a pecúnia no valor de R\$415, paga em parcela única.

¹⁵O Passe Livre Interestadual é um programa do Governo Federal que proporciona a pessoas carentes com deficiência gratuidade nas passagens para viajar entre os estados brasileiros.

¹⁶Auxílio-doença é um benefício a que tem direito o segurado que, após cumprir a carência, quando for o caso, ficar incapaz para o trabalho (mesmo que temporariamente), por doença por mais de 15 dias consecutivos. A incapacidade para o trabalho deve ser comprovada através de exame realizado pela perícia médica do INSS.

- Visita à beira-leito: é uma ferramenta multidisciplinar utilizada amplamente pelos profissionais de saúde, incluindo o Serviço Social. Ela permite e encoraja o envolvimento tanto da pessoa atendida quanto dos seus familiares no processo de tratamento de saúde, além de facilitar o acompanhamento da desospitalização.
- Anamnese social: ocorre a beira leito para colher e registrar informações, conhecer o cotidiano do paciente, o seu perfil socioeconômico, entre outras orientações.
- Acompanhamento Social: configura-se como um processo de trabalho presente no cotidiano do/a assistente social, que utiliza uma série de estratégias e técnicas para construir as respostas das demandas identificadas e/ou apresentadas pelos usuários da unidade.
- Parecer social: diz respeito a esclarecimentos e análises, com base em conhecimentos específicos do Serviço Social, a uma questão ou a questões relacionadas a decisões a serem tomadas pelo profissional. Ele traz, de maneira sucinta, uma análise contextual e como enfrentar as situações de risco ou vulnerabilidades constatadas.
- Articulação com a rede pública: é uma responsabilidade do assistente social o contato e articulação com as demais políticas públicas, de forma a atender integralmente o paciente de forma a viabilizar o acesso aos serviços e aos direitos (Santos, 2022).

No parecer social o/a assistente social emite sua posição técnica de como as situações apresentadas na anamnese social podem ser solucionadas. É um instrumento de extrema importância no trabalho do/a assistente social do CPA, que revela a importância e a especificidade do trabalho profissional do Serviço Social na área da saúde, sendo um dispositivo de viabilização de direitos dos usuários. Assim como as resoluções das demandas junto a equipe multiprofissional, usado como uma estratégia para tornar o atendimento mais qualificado, efetivo e seguro para o paciente e promover diferentes ações que resultam em benefícios clínicos e humanísticos (Santos, 2022).

3. 2. 2 Análise dos Desafios do Plantão do Serviço Social

A atuação do assistente social no HUB, combina a atenção às necessidades específicas de cada indivíduo e suas manifestações, com o reconhecimento do outro como sujeito de direitos tanto individual quanto coletivo. O objetivo é promover a autonomia do paciente durante o tratamento, especialmente ao considerar a violência do poder exercido pelos próprios serviços de saúde, como os hospitais, seja por ação ou omissão. Faleiros (2013) enfatiza que o “cuidado se configura como uma relação complexa envolvendo profissionais, família, pacientes

e o contexto institucional”. Essas interações, frequentemente marcadas por dinâmicas de poder, acontecem em condições desafiadoras, exigindo dos profissionais uma postura reflexiva e sensível às especificidades de cada situação.

Nesse contexto, a atuação dos assistentes sociais plantonistas em pronto atendimento é desafiadora, pois, muitas vezes, as condições determinadas pelos serviços dificultam ou até impedem o acesso dos usuários aos serviços. Diante dessa realidade, os assistentes sociais devem priorizar respostas rápidas, fornecendo informações claras e orientações precisas aos assistidos.

O plantão é um espaço de prova ao qual o assistente social selecionará ou excluirá o demandante de uma possível inclusão de sua necessidade dentre as ofertas institucionais, ainda, um lugar técnico de inclusão social ou exclusão social que será diretamente determinado pelo compromisso com os direitos sociais que esse profissional possui (Brito, 2005, *apud* Brandão *et al.*, 2018, p. 9).

Diante dessa realidade, os assistentes sociais devem priorizar respostas rápidas, fornecendo informações claras e orientações precisas aos assistidos. O “cuidado ético-democrático e político-crítico inscreve--se numa perspectiva de ressignificação do sujeito e na construção de uma relação democrática e cidadã” entre o profissional e o público atendido, ancora-se numa relação de escuta, de acolhida, de interpretação compartilhada da situação, valorizando as expressões dos sujeitos em relação à garantia de seus direitos (Faleiros, 2013).

Nesse sentido, para ilustrar os desafios enfrentados pelo o assistente social plantonista do Pronto Atendimento, no período do estágio obrigatório foram identificadas situações como a grande quantidade de demandas que precisavam ser atendidas em um curto espaço de tempo. Devido a natureza do regime de trabalho, o profissional ficava limitado ao atendimento das necessidades pontuais e imediatas, o que gerava condições adversas que podiam afetar a qualidade do atendimento e dificultar o acesso dos usuários aos serviços que lhes são garantidos (Santos, 2022).

Ademais, observou-se a demora no contato com as redes de apoio, o que comprometia a operacionalização dos atendimentos, além da falta de recursos e da necessidade de transporte para os pacientes em tratamento contínuo no HUB, que precisavam voltar às suas residências. Essa situação se representava um desafio para o Serviço Social, uma vez que a instituição não dispunha do serviço para atender a demanda. Outra situação identificada foi a necessidade de acompanhamento psicológico para usuários em crise que chegavam ao hospital nos fins de semana, devido a redução de profissionais de saúde nesse período¹⁷. Isso dificultava a

¹⁷No entanto, o profissional de psicologia responsável não é lotado na unidade durante esse período. Dessa forma, o/a assistente social do plantão é requisitado(a), não para substituir o psicólogo, mas para intervir utilizando

construção e a implementação de ações intersetoriais imediatas, assim como o trabalho em rede. (Santos, 2022).

Além disso, o assistente social pode enfrentar situações que são recorrentes no âmbito da saúde, como forte hierarquização, em que saber médico é centralizado e há um desconhecimento das atribuições profissionais, especialmente no que diz respeito ao trabalho do assistente social. Isso leva o profissional a ter que reafirmar constantemente suas competências e responsabilidades, destacando a importância do trabalho realizado.

A fragmentação no atendimento e a ausência de uma equipe multiprofissional completa comprometem a integralidade e a qualidade do cuidado, pois embora o regime de plantão emergencial seja essencial para atender às urgências do sistema de saúde, ele limita a capacidade do assistente social de realizar um acompanhamento mais próximo e detalhado dos usuários (Santos, 2022). Nesse contexto, o assistente social precisa equilibrar a atenção às necessidades imediatas, e a continuidade do atendimento acaba ficando a cargo de outro membro da equipe do Serviço Social, que tomará as providências. Devido à natureza do plantão, o acompanhamento fica comprometido, e a falta de continuidade se torna um problema, uma vez que o assistente social que trabalha no plantão não é o mesmo que vai atuar no dia seguinte, o que causa uma lacuna no atendimento. Por isso, é de suma importância a presença do profissional nesses plantões, para garantir a continuidade dos serviços (Santos, 2022).

Conforme Santos (2022), vale destacar que o assistente social exerce uma função que ultrapassa práticas tradicionais, sendo constantemente desafiado a atuar de forma estratégica e crítica, participando ativamente da gestão do trabalho e da elaboração de políticas sociais que promovam a integralidade do cuidado e a construção de um sistema de saúde igualitário. Mesmo diante das dificuldades estruturais e das condições de trabalho desafiadoras, os profissionais enfrentam a pressão de agir com empatia e sensibilidade. Nesse sentido, é necessário ampliar a reflexão sobre os desafios estruturais e as contradições que envolvem a humanização. Conforme Sodré (2010), embora a humanização seja um conceito que visa o acolhimento, cuidado e criação de vínculos, ela pode mascarar condições precárias de trabalho e processos de exploração dos profissionais de saúde. O assistente social, pode estar frequentemente exposto a “plantões extenuantes, ambientes insalubres e equipes de saúde despreparadas” (Sodré, 2010). A humanização, portanto, deve ir além da teoria, sendo traduzida

instrumentos como o acolhimento e a escuta ativa, com o objetivo de resolver algumas situações apresentadas pelo assistido. Entretanto, em alguns casos, as situações se tornam extremamente complicadas, e nem sempre é possível encontrar uma solução imediata (Santos, 2022).

em práticas concretas que beneficiem todos os envolvidos no sistema de saúde, incluindo a valorização e proteção dos trabalhadores.

A realidade do cotidiano profissional revela os desafios enfrentados pelo assistente social nos hospitais, especialmente as limitações impostas pelo regime de plantão emergencial. A sobrecarga de demandas compromete a integralidade do cuidado, dificultando a construção de um acompanhamento contínuo e resolutivo (Santos, 2022).

A necessidade de lidar com as situações urgentes, a escassez de recursos e as barreiras de acesso a serviços essenciais reforçam a complexidade da atuação do Serviço Social nesses espaços. Além disso, a descontinuidade no atendimento, decorrente da alternância de profissionais entre os plantões, representa um obstáculo significativo para a garantia dos direitos e de um serviço de saúde mais acessível ao usuário. Nesse cenário, torna-se fundamental repensar estratégias que promovam maior integração entre os profissionais de saúde, possibilitando um atendimento mais articulado e resolutivo. A presença constante do assistente social nos plantões emergenciais é essencial, pois contribui para reduzir os efeitos negativos da descontinuidade no atendimento, permitindo que os serviços prestados atendam de forma contínua e adequada às necessidades dos usuários.

Diante disso, reforça-se a importância estratégica do assistente social, cujo papel vai além das práticas tradicionais, exigindo uma postura crítica e proativa na formulação e implementação de políticas sociais. A busca por um sistema de saúde mais acessível passa, necessariamente, pela valorização e fortalecimento da profissão, garantindo condições de trabalho que favoreçam um atendimento humanizado e integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste trabalho possibilitou uma análise aprofundada sobre a atuação do assistente social na área da saúde, evidenciando a relevância de sua presença no ambiente hospitalar. Um espaço caracterizado pela urgência e demandas complexas exige uma atuação qualificada, reflexiva e alinhada ao projeto ético-político da profissão. Tendo por base o período de estágio realizado no HUB, o assistente social tem um papel fundamental na efetivação dos direitos do usuário nestes serviços, atuando no acolhimento, resolução de conflitos, relatórios sociais, etc. Evidencia-se, no entanto, que mesmo dada a sua relevância para a execução do serviço prestado, ele está sujeito a diversos desafios destacam-se: sobrecarga de demandas, falta de recursos, fragmentação do atendimento, descontinuidade do cuidado devido à alternância de plantões, entre outros.

Deste modo, compreende-se a necessidade do serviço precisa melhorar a organização das demandas internas de forma a não gerar sobrecargas. Destaca-se uma das dificuldades observadas no atendimento do Serviço Social no HBU, relacionada ao regime de plantão nos finais de semana, que compromete a continuidade do atendimento aos usuários. Além disso, isso resulta em um acúmulo de demandas, já que muitas das questões apresentadas nos finais de semana acabam sendo repassadas para o dia seguinte da semana.

Nesse contexto, o trabalho evidencia que o acompanhamento contínuo pode ser prejudicado pela fragmentação resultante da natureza do regime de plantão emergencial. Muitas vezes, o assistente social se vê obrigado a atender às necessidades imediatas e pontuais devido à limitação de tempo, o que reforça a necessidade de maior integração entre os profissionais de saúde. Apesar das dificuldades e do desgaste emocional, o trabalho em regime de plantão emergencial contribui significativamente para a humanização do atendimento e para a qualidade do cuidado prestado. Nesse sentido, a humanização não deve ser apenas um conceito teórico, mas traduzida em práticas concretas que garantam melhores condições de trabalho para os profissionais e um atendimento mais qualificado aos usuários (Sodré, 2010). A valorização do assistente social no contexto da saúde é fundamental, sendo necessário fortalecer as políticas públicas e adotar estratégias institucionais que promovam a comunicação interna, ofereçam treinamentos e integrem tecnologias, garantindo uma atuação mais integrada e resolutiva.

A pesquisa ressalta que o assistente social desempenha um papel fundamental ao lidar com as múltiplas expressões da questão social que influenciam o processo de saúde. Para isso, é essencial que o profissional desenvolva habilidades para enfrentar situações críticas, superar barreiras institucionais e promover a articulação com outras áreas da saúde. Além disso, a

dinâmica hospitalar, caracterizada pela urgência e complexidade das demandas, exige uma atuação qualificada, reflexiva e alinhada ao projeto ético-político da profissão. A experiência prática vivenciada no estágio no CPA do HUB permitiu uma compreensão mais aprofundada da realidade, demonstrando as dificuldades na execução dos serviços diante das vulnerabilidades sociais e das situações complexas que demandam respostas imediatas¹⁸.

A escassez de fontes específicas sobre a atuação do assistente social plantonista no setor emergencial hospitalar foi um dos desafios encontrados na elaboração desse trabalho, o que dificultou a análise mais profunda sobre alguns aspectos. Porém embora as produções literárias sobre a atuação do assistente social plantonista no pronto atendimento sejam limitadas, a observação participante realizada durante o estágio supervisionado no CPA foi fundamental para suprir essa lacuna, ela possibilitou um olhar crítico e mais detalhado sobre a prática profissional. Silva *et al.* (2021) destaca que se observa “uma mudança na perspectiva sobre esse campo de atuação, influenciada pelas transformações no Serviço Social ao longo das últimas quatro décadas”.

Conclui-se que, mesmo diante das adversidades, o assistente social plantonista desempenha um papel decisivo no pronto atendimento hospitalar. Sua atuação contribui para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária, garantindo, por meio da mediação e orientação, que o acesso à saúde e aos direitos fundamentais seja efetivado para todos, independentemente das condições sociais, econômicas, culturais e de saúde. Isso reforça a necessidade de políticas públicas que valorizem o Serviço Social no contexto hospitalar, promovendo a atuação multidisciplinar, melhores condições de trabalho e maior investimento na formação dos profissionais.

¹⁸Atualmente, o HUB possui um Rede de Urgência e Emergência (RUE), um conjunto organizado de serviços de saúde que atuam de forma integrada para garantir atendimento rápido e eficiente a pacientes em situações de urgência e emergência. Essa rede inclui desde o atendimento pré-hospitalar, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), até hospitais de referência para casos mais graves. A RUE está prevista na Política Nacional de Atenção às Urgências, instituída pela Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, do Ministério da Saúde do Brasil. Essa política não foi abordada durante a execução do trabalho, mas podendo ser aprofundada posteriormente como objeto de pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREANI, J. F.; DIAS, M. T. G.; DALPIAZ, A. K. Reflexões acerca das requisições ao trabalho do/a assistente social na alta complexidade em saúde. **Serviço Social em Debate, Belo Horizonte: Universidade do Estado de Minas Gerais, v. 4, n. 2, p. 207-223, 2021.**

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde.** 2007. p. 29-60. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/125.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2023.

BARROCO, Maria Lúcia Silvia; TERRA, Sylvia Helena. **Código de ética do/a assistente social comentado.** 1. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

BEHRING, Elaine R.; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história.** v. 2. Coleção Biblioteca Básica de Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2007. E-book. ISBN 9788524925719.

BEHRING, Elaine Rossetti. Fundamentos da política social. In: **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. OPAS/ABEPSS,** p. 1-27, 2006. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&as_sdt=0%2C5&q=BEHRING%2C+Elaine+Rossetti.+Fundamentos+de+Pol%C3%ADtica+Social>. Acesso em: 23 set. 2024.

BRANDÃO, Vanessa Maria Panozzo et al. O trabalho do assistente social no plantão em um hospital escola no estado do Rio Grande do Sul. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social,** v. 1, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22354>>. Acesso em: 15 nov. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Assistência de média e alta complexidade no SUS. Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 4). Atualização jun. 2015. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/assistencia-de-media-e-alta-complexidade-2>>. Acesso em: 13 ago. 2024.

BRASIL. Conselho Regional de Serviço Social (CRESS). **O Serviço Social em hospitais: orientações básicas.** 2. ed. 1. reimp. 7ª Região, 2009. Disponível em: <<https://www.cressrj.org.br/wp-content/uploads/2020/05/cartilhas-o-servico-social-em-hospitais-orientacoes-basicas.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010.** Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7082.htm>. Acesso em: 15 out. 2024.

BRASIL. **Lei de Regulamentação da Profissão.** Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 out. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm>. Acesso em: 20 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 2009. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2024.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. **Política de saúde no Brasil**. In: Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 6-23, 2018.

BRENTANI, Marcelo M.; COELHO, Fernando R. G.; KOWALSKI. **Bases da oncologia**. São Paulo: Lemar Livraria; Editora Marina e Tecmed Editora, 2013.

CASTRO, Jorge Abrahão de. Política social e desenvolvimento no Brasil. **Economia e Sociedade**, v. 21, p. 1011-1042, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ecos/a/RQb5YRq9hpV5RDkjbNL69zr>>. Acesso em: 09 jul. 2024.

CEPEDISA-USP; CONECTAS. Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à COVID-19 no Brasil. **Boletim Direitos na Pandemia**, v. 10, 2021.

COSTA, Karoline Feitosa. **Processos de trabalho do serviço social na pandemia de COVID-19: uma análise a partir da experiência de estágio obrigatório no Hospital Universitário de Brasília**. 2023. Disponível em: <https://bdm.unb.br/bitstream/10483/34647/1/2022_KarolineFeitosaCosta_tcc.pdf>. Acesso em: 17 maio 2024.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Serviço Social & Sociedade**, n. 62, ano XXI, p. 35-71, 2000. São Paulo: Cortez.

DA SILVA, Débora Cristina; KRÜGER, Tânia Regina. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde: o significado no exercício profissional**. *Temporalis*, v. 18, n. 35, p. 265-288, 2018.

DA SILVA, K. G. S. et al. **Condições de trabalho e processos de adoecimento: impactos na saúde do profissional do Serviço Social no campo da saúde**. 2021.

DA SILVA VIEIRA, Gabriel Jantsch et al. **O Serviço Social na saúde: um olhar sobre as possibilidades de atuação do assistente social nos hospitais públicos**. *Humanidades em Perspectivas*, v. 5, n. 10, p. 19-29, 2021.

FALEIROS, V. D. P. **Desafios de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica**. *Revista Katálysis*, v. 16, p. 83-91, 2013. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rk/a/nrBGcDT5WNLJw3SWCJfDym/?lang=pt>>. Acesso em: 24 nov. 2024.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Protocolo de Atendimento do Serviço Social nas Unidades de Pronto Atendimento–UPA 24h**. Disponível em: <https://portalidea.com.br/cursos/27ddac225a75bfa0dc3d5ce13dbd6b7e.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2024.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Secretaria de Estado de Saúde do DF**. Unidade Básica de Saúde – porta de entrada. 2024. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/unidades-basicas>>. Acesso em: out. 2024.

FERNANDES, Paulo Manuel Pêgo; FARIA, Gabriela Favaro. A importância do cuidado multiprofissional. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 26, n. 1, p. 1-3, 2021.

FERNANDES, Rafaela Bezerra; CASTRO, Marina Monteiro de; ZACARON, Sabrina Silva. Trabalho e formação profissional nos Hospitais Universitários: impactos nas Residências em Saúde. **Serviço Social & Sociedade**, v. 147, n. 1, p. e-6628407, 2024.

FREIRE, Carolina; ARAÚJO, Débora Peixoto de. Política Nacional de Saúde – contextualização, programas e estratégias públicas sociais. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2015. E-book. ISBN 9788536521220.

GUERRA, Yolanda et al. Atribuições, competências, demandas e requisições: o trabalho do assistente social em debate. In: **XV ENPESS**, 2016. Anais eletrônicos. Disponível em: <<https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/guerra-e-outros.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2025.

IMAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na cena contemporânea. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 16-50.

IMAMAMOTO, M. V. Renovação do Serviço Social no Brasil e desafios contemporâneos. **Serviço Social & Sociedade**, p. 439-461, 2019.

KRÜGER, Tânia Regina. Serviço Social e saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Serviço Social e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 123-145, 2009.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social & Sociedade**, p. 497-508, 2011.

MATTA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., and. SEGATA, J., eds. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, 221 p. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-032-0. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/r3hc2#:~:text=https%3A//doi.org/10.7476/9786557080320>>. Acesso em: 11 nov. 2024.

MBEMBE, Achille. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. Tradução de Renata Santini. São Paulo: N-1 Edições, 2018.

MENDES, Livia Moria Bonfim et al. **Políticas de Saúde do Governo Lula**: avaliação dos primeiros meses de gestão. **Saúde em Debate**, v. 29, n. 70, p. 109-124, 2005.

NETTO, José Paulo. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social**. Serviço Social e Saúde, v. 4, p. 141-160, 2006.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao método da teoria social**. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 668-700. Disponível em:

<<https://www.afoiceemartelo.com.br/posfsa/Autores/Neto,%20Jose%20Paulo/Introducao%20ao%20metodo%20da%20teoria%20social%20ou%20Introducao%20ao%20metodo%20de%20Marx.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2024.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde–SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional, v. 1, p. 218-241, 2006.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo coronavírus). **Histórico da Pandemia de COVID-19**, 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-Pandemia-Covid-19>>. Acesso em: 14 out. 2024.

PAIM, J. S. *et al.* **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. E-book interativo. Capítulo 2. Disponível em:< <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus> >Acesso em: 21 jul. 2024.

PAIM, Jairnilson, *et al.* **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet, v. 377, n. 9779, p. 11-31, 2011. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39643>>. Acesso em: 01 set. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Editora Fiocruz, 2008. ISBN:9788523205294.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 73-78, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rsp/2006.v40nspe/73-78/pt>>. Acesso em: 06 ago. 2024.

Pinheiro, H. A., & Santos, G. V. **Trabalho Profissional do/a Assistente Social na Atenção Básica da Saúde Pública**. 2022. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/enpress-anais/public/arquivos/00032.pdf>. Acesso em: 01 nov.2024.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG, v. 35, p. 01-35, 2001. <<http://www.nesbuc.ufc.br/downloads/historiapoliticassaudebrasil.pdf> >. Acesso em: 09 set. 2024.

RAICHELIS, Raquel. **O trabalho do assistente social na esfera estatal**. Serviço social, p. 377-391, 2009.

REIS, Camila Ramos; PAIM, Jairnilson Silva. **A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016)**. 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/29852>>. Acesso em:10 out. 2024.

REIS, Denizi Oliveira *et al.* **Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde**. Curso de Especialização em Saúde da Família–UNA-SUS, UNIFESP, 2012. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade02/unidade02.pdf>. Acesso em 21 jul.2024.

RODRIGUEZ, Amebiano. Políticas sociais e política de saúde. **Faces de Clio**, v. 2, n. 3, p. 225-242, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/facesdeclio/article/view/26549/18312>>. Acesso em: 06 ago.2024.

SANTOS, Arleth Rodrigues dos. **Relatório final de estágio**. Departamento de Serviço Social – Universidade de Brasília. Brasília DF, 2022.

SCHORR, Vanessa et al. Passagem de plantão em um serviço hospitalar de emergência: perspectivas de uma equipe multiprofissional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190119, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2020.v24/e190119>>. Acesso em: 16 dez. 2024.

SILVA, Andreza Rodrigues Deodato et. al. O Serviço Social no Âmbito Hospitalar: reflexões sobre o plantão social. **X Jornada Internacional Políticas Públicas**, novembro de 2021. Disponível em: <https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_1163_1163612e6ed2d8ec9.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2025.

SILVA, Camila Luiza da. **As contrarreformas na política de saúde no nível da atenção primária e seus rebatimentos no trabalho da (o) assistente social no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF)**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, 2022. Disponível em: <<https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/22050/1/CSilva.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2024.

SOCIAL, Conselho Federal De Serviço. CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em 04 set. de 2024.

SOCIAL, Conselho Federal De Serviço. CFESS. **Resolução nº493 de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional da assistente social**. 2006. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/uploads/legislacao/4624/PgT6cu_qODJkfi05NZ3RwJb8mzp_wKQk.pdf>. Acesso em 04 nov. 2024.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serviço Social & Sociedade**, p. 453-475, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/RzTqSGSgYj69MbtN9tzk9tP/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 08 jan. 2025.

VIDAL, Michelli Ferrioli; GUILHERME, Rosilaine Coradini. Serviço social no âmbito hospitalar: a identidade atribuída ao assistente social em uma unidade de pronto socorro. **Serviço Social e Saúde**, v. 18, p. e 019010, 2019. Disponível em:

<<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/download/8654658/22181>>.
Acesso em: 14 nov. 2024.

WHO. **OMS sobre o coronavírus (COVID-19)**. Disponível em: <<https://covid19.who.int>>.
Acesso em 15 de abril de 2024.

APÊNDICE 1: Tabela fonte de pesquisa

Nº	Fonte Pesquisa	Data de Publicação	Visão representada	Síntese	Palavras-chave
1	Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social.	2018	Universidade Federal do Espírito Santo	O estudo examina o trabalho do assistente social em plantões hospitalares no Rio Grande do Sul, focando na consolidação do projeto ético-político profissional em relação aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).	Assistente social plantão
2	Guia de Comunicação e Educação em Saúde”.	2009	Ministério da Saúde e CONASEMS	O SUS de A a Z, elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), é uma obra que oferece um guia prático para gestores municipais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Política de saúde e o SUS
3	Portal online da OPAS/ABEPSS Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.	2009	CFESS/ABEPSS	“Introdução ao método da teoria social”	Serviço Social e Teoria social
4	Trabalho de Conclusão de Curso.	2023	Universidade de Brasília (UNB)	O Trabalho de Conclusão de Curso discute a atuação das assistentes sociais na saúde, com base em um estágio no Centro de Pronto Atendimento (CPA-HUB) durante a pandemia de Covid-19 em 2021.	assistentes sociais HUB
5	Documento do CFESS Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”.	2010	CFESS	“Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, visa orientar a atuação dos assistentes sociais na área da saúde.	Atuação de Assistentes Sociais na Saúde
6	Portal online da OPAS/ABEPSS	2006	OPAS/ABEPSS	O artigo apresenta os fundamentos e argumentos teórico-históricos e político-econômicos que moldam esses padrões.	política social e formação profissional no Serviço Social
7	Artigo “Políticas de saúde: organização e	2007	Fiocruz	O artigo apresenta organização e descrever	Organização do Sistema

	operacionalização do Sistema Único de Saúde”.			para a compreensão dos princípios e diretrizes do SUS.	Único de Saúde
8	Portal online da ABEPSS Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional.	2006	CFESS	“A resolução trata da condição essencial, para a realização e execução de qualquer atendimento ao usuário do Serviço Social”.	Resolução, assistente social e a tica profissional
9	Comunicação, Saúde, Educação	2020	Revista Interface (Online)	O estudo busca entender a visão da equipe multiprofissional sobre a passagem de plantão em um hospital universitário.	Assistente social e passagem de plantão.
10	Trabalho de Conclusão de Curso.	2022	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	O trabalho aborda os impactos do neoliberalismo na política de saúde, no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, e as possibilidades, especificidades, potencialidades e limites do trabalho do assistente social na atenção básica.	Política de saúde na atenção primária
11	Portal online da ABEPSS “Trabalho Profissional do/a Assistente Social na Atenção Básica da Saúde Pública”.	2022	ABEPSS	“O artigo discute o trabalho do/a assistente social na atenção básica de saúde, tomando como referência a realidade enfrentada nas Unidades Básicas de Saúde – UBS da cidade de Manaus”.	Trabalho profissional do assistente social na Atenção Básica da Saúde Pública
12	Livro nº 4 da “Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011”.	2009	CONASS	“Este livro aborda a organização da assistência à saúde no que se refere às ações de média e alta complexidade do SUS e a base normativa vigente por área de assistência.	Assistência na média e alta complexidade e no SUS
13	Artigo sobre a “História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde”.	2007	Editora Fiocruz	“O objetivo central deste artigo é retratar o trabalho do serviço social na saúde hospitalar pública. Para tanto, apresenta-se o histórico das políticas da saúde hospitalar pública brasileira.	Políticas de saúde no Brasil

14	Periódico “Política social e desenvolvimento no Brasil”.	2012	SciELO Brasil	artigo trata do “desenvolvimento de um país, quando pensado em uma perspectiva bem ampla, abrange muito mais do que apenas o campo econômico, incluindo também elementos da política, do social e ambiental”.	Desenvolvimento da Política social
15	Periódico “Desafios de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica”.	2013	Revista Katálysis, v. 16	“O artigo trata das relações entre cuidado, emancipação e Serviço Social, com o objetivo de uma reflexão crítica sobre uma temática que tem ficado obscurecida na discussão profissional”.	Serviço Social; e emancipação
16	Portal online da ABEPSS “Formação e Trabalho profissionais.”	2016	XV ENPESS	O artigo aborda “O conjunto de determinações que perpassam o processo de formação profissional frente ao processo de mercantilização do ensino superior brasileiro e os desafios para a reafirmação dos princípios e valores do Projeto Ético Político Profissional”.	Projeto Ético Político e formação profissional
17	Série Informação para ação na Covid-19	2021	Editora Fiocruz, Série Informação	“Refletir e agir sobre os efeitos de uma pandemia vai muito além do processo saúde e doença e deve incluir também a análise dos fenômenos causados pela Covid-19 a partir de marcadores sociais diversos”.	Impactos sociais da Covid-19 no Brasil
18	Portal online Folha Informativa	2020	OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde.	“Histórico da emergência internacional de COVID-19 e as medidas para preveni-la.	Política de saúde e COVID-19
19	<i>E-book</i> online. O que é o SUS	2015	Fiocruz, e-book interativo	Coleção temas em saúde interativa.	Saúde pública e o SUS
20	Artigo periódico online. <i>Revista The Lancet</i> v. 377	2006	Editora Fiocruz. Artigo O Sistema de Saúde Brasileiro: História,	O trabalho, examina o “desenvolvimento histórico e os componentes do sistema de saúde	História da Saúde no Brasil

			Avanços e Desafios	brasileiro, com foco no processo de reforma dos últimos quarenta anos, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde”.	
21	Artigo Periódico online, scielosp.org	2006	Revista Saúde Pública. Artigo Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte	“O artigo realiza um balanço da Política, Planejamento e Gestão em Saúde entre 1974 e 2005. Descreve os desdobramentos das conjunturas políticas, e particularmente o processo de Reforma Sanitária, e a construção do Sistema Único de Saúde”	Política de saúde, gestão
22	Artigo online. A História das políticas de saúde no Brasil	2001	Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG.	O artigo analisa a história das políticas de saúde no país, e a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira.	
23	Artigo de Periódico online. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff	2018	Universidade Federal da Bahia Repositório Institucional da UFB	O artigo objetiva “analisar fatos políticos em saúde nesse intervalo, considerando o desenvolvimento do SUS e os programas dos candidatos apresentados nas eleições de 2010 e 2014”.	Sistema Único de Saúde e Direito à saúde
24	Biblioteca online. Unasus. Construção do SUS, com seus avanços e recuos.	2012	Curso de Especialização em Saúde da Família UNIFESP.	O artigo analisa “momentos da história que criaram as bases para a construção do SUS, avanços e recuos. Aponta as dificuldades e impasses vividos pelo SUS, com destaque para os impactos no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, e as saídas construídas com o objetivo de superar os desafios”.	Construção do SUS. com seus Avanços e Desafios.
25	Artigo periódico online, Políticas Sociais e Política de Saúde	2016	Revista Faces de Clio. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).	O trabalho busca explorar “a centralidade das políticas de saúde no âmbito das políticas sociais, tratando as	Políticas de Saúde, Políticas Sociais.

				questões relacionadas a proteção social e as modalidades de seguridade social. Debate as propostas de definições e seus impactos na economia, nos rumos do governo e nas relações sociais”.	
26	Artigo online. O Serviço Social no Âmbito Hospitalar: reflexões sobre o plantão social	2021	X Jornada Internacional Políticas Públicas. O Serviço Social no Âmbito Hospitalar	O artigo trata sobre a atuação do assistente social no plantão social em âmbito hospitalar, e se propõe a refletir sobre os entraves para uma atuação crítica e propositiva.	Serviço Social e plantão em unidade hospitalar.
27	Artigo online. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos.	2010	Revista Serviço Social e Sociedade. Serviço Social e o campo da saúde.	O artigo “visa analisar a política de saúde e o trabalho do assistente social a partir do modelo fordista e o modelo de acumulação flexível. Discutidos e aplicados ao campo da saúde e à inserção do trabalho do assistente social na saúde”.	Serviço Social na Saúde Coletiva.
28	Artigo online. Serviço Social no âmbito hospitalar: a identidade atribuída ao assistente social em Unidade de Pronto Socorro.	2019	Revista Serviço Social e Saúde, v. 18. Serviço Social no âmbito hospitalar.	O artigo tem como “objetivo explicitar os desafios à materialização das atribuições privativas e competências profissionais do assistente social em Unidades de Pronto Socorro no âmbito hospitalar”.	Serviço Social e Atribuições Privativas na Saúde.
29	Internet: Dados em tempo real, Painel da OMS COVID-19.	2024	Fonte: Organização Mundial da Saúde.	Número de casos de COVID-19 relatados à OMS.	Painel COVID-19