



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

BRUNA EVELIN DA SILVA SANTOS

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL  
JUNTO AOS USUÁRIOS E SUAS FAMÍLIAS DURANTE O  
PERÍODO DE INTERNAÇÃO NO CENTRO DE  
TRATAMENTO DE QUEIMADOS DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA**

---

Londrina  
2021

BRUNA EVELIN DA SILVA SANTOS

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL  
JUNTO AOS USUÁRIOS E SUAS FAMÍLIAS DURANTE O  
PERÍODO DE INTERNAÇÃO NO CENTRO DE  
TRATAMENTO DE QUEIMADOS DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Departamento de Serviço Social da  
Universidade Estadual de Londrina, como  
requisito parcial à obtenção do título de Bacharel  
em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dra. Melissa Ferreira Portes

Londrina  
2021

BRUNA EVELIN DA SILVA SANTOS

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL  
JUNTO AOS USUÁRIOS E SUAS FAMÍLIAS DURANTE O  
PERÍODO DE INTERNAÇÃO NO CENTRO DE  
TRATAMENTO DE QUEIMADOS DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de Serviço  
Social da Universidade Estadual de Londrina,  
como requisito parcial à obtenção do título de  
Bacharel em Serviço Social.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof. Dra. Melissa Ferreira  
Portes  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dra. Mabel Mascarenhas Torres  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dra. Vera Lucia Tieko Suguihiro  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 31 de maio de 2021.

*“Que nada nos defina, que nada nos sujeite. Que a liberdade seja a nossa própria substância, já que viver é ser livre”. (Simone de Beauvoir)*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por ter me dado sabedoria e perseverança nesse processo.

Agradeço, em especial à minha mãe, por ser minha maior incentivadora e encorajadora, meu exemplo de vida e mulher. Mãe as palavras são inúteis diante dos seus gestos e atitudes de amor e carinho, muito obrigada por acreditar em mim mesmo quando nem eu mesma pude acreditar, cada passo que eu dou com certeza são apenas o reflexo de tudo que você me ensinou a ser, sem você eu jamais teria chegado até aqui, te amo para sempre minha guerreira.

Ao meu amor e meu companheiro de todos os dias, Nailton, muito obrigada pela sua ajuda e compreensão em todos os momentos deste processo e por estar ao meu lado sendo meu arrimo, sou muito grata por tê-lo em minha vida e pelo amor cotidiano.

Ao meu pai, minhas irmãs, meus sobrinhos, minha tia e meu primo por acreditarem em mim e confiarem que eu completaria essa etapa da minha vida.

Às minhas amigas, Gabi e Diana, vocês foram minhas parceiras, não poderia ter escolhido pessoas melhores para estarem comigo nesse processo, vou carregar comigo as nossas conversas e os conselhos de vocês, nossa amizade será para vida.

À minha orientadora, prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Melissa, sou muito grata por você ter me escolhido e por todo o carinho e conhecimento que você compartilhou comigo, te admiro enquanto pessoa e profissional, sempre muito amável e receptiva.

À prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mabel, por ter aceito ser minha convidada na banca e por toda a caminhada no projeto de pesquisa, você é um exemplo de sabedoria e de humor rsrs, muito obrigada pela oportunidade de partilhar da sua companhia e conhecimento.

À prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Evelyn, por todo seu carinho e apoio num momento difícil da minha vida, por ter me dado a oportunidade de participar do seu projeto de pesquisa e por compartilhar seu conhecimento nessa trajetória.

À todas as assistentes sociais da Divisão de Serviço Social do HU, Eliana, Lucia, Renicler, Edina, Maria José e Aline; as técnicas administrativas, Thais e Meire; minhas colegas Isadora, Tainara e Carol, cada dia com vocês foi muito enriquecedor, só tenho a agradecer por ter podido conhecer profissionais tão

dedicadas e humanas, vocês são muito especiais.

À Rosana, minha supervisora de campo, um agradecimento especial, você é maravilhosa, só te agradeço por ter tido paciência e por me ensinar muito todos os dias a ser mais humana e uma assistente social ética e comprometida com os sujeitos atendidos e com os valores da profissão, desejo que possamos se encontrar mais vezes nesses caminhos da vida.

Agradeço à toda equipe do CTQ-HU que me acolheram e foi muito enriquecedor conviver com profissionais excelentes e humanos, em especial, agradeço ao doutor Reinaldo e as enfermeiras Nazaré e Roseli, muito obrigada por sempre serem muitos solícitos e estarem dispostos a atender os sujeitos da melhor forma possível.

Não menos importante, agradeço a todos os professores e meus colegas de sala, vocês são ótimos, desejo que todos possamos traçar caminhos de sucesso.

*"A nobreza de nosso ato profissional está em acolher aquela pessoa por inteiro, em conhecer a sua história, em saber como chegou a esta situação e como é possível construir com ela formas de superação deste quadro. Se reduzirmos a nossa prática a uma questão urgente, a uma questão premente, retiramos dela toda a sua grandeza, pois os deixam de considerar, neste sujeito, a sua dignidade humana".*

*(Maria Lúcia Martinelli)*

SANTOS, Bruna Evelin da Silva. **O exercício profissional do Assistente Social junto aos usuários e suas famílias durante o período de internação no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Universitário de Londrina**. 2021. 111 p. Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social no Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, 2021.

## RESUMO

Esta pesquisa é o resultado das reflexões e problematizações que foram experienciadas durante o desenvolvimento do Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social, no Hospital Universitário de Londrina (HU), na Divisão de Serviço Social, especificamente no Centro de Tratamento de Queimados, por aproximadamente um ano. Como problema de pesquisa se definiu: “como se expressa o exercício profissional do assistente social junto aos usuários e suas famílias durante o período de internação no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Universitário de Londrina?”. Nesta perspectiva, foi estabelecido como objetivo geral desta pesquisa conhecer como se dá o exercício profissional do assistente social no Centro de Tratamentos de Queimados do HU. Tendo como objetivos específicos: identificar quais as principais demandas apresentadas pelos usuários e suas famílias; descrever as respostas construídas pelo assistente social e quais são seus principais instrumentos e técnicas; apontar as potencialidades e limites para a atuação do assistente social. Para atingir a estes objetivos, definiram-se alguns passos metodológicos. O primeiro passo metodológico foi à revisão de literatura, através do levantamento da produção do conhecimento sobre a Profissão de Serviço Social e a Política de Saúde no Brasil. O segundo passo metodológico foi a pesquisa documental através do estudo das legislações sociais e de documentos institucionais que tratam sobre o trabalho do Assistente social, sendo Plano de Ação do Serviço Social no HU, o Projeto de atuação do Assistente Social no CTQ-HU, o Plano de Estágio, Relatório Anual de Atividades do Hospital Universitário de Londrina (2016), como também o diário de campo. Como principais resultados, identifica-se um grande volume de demandas de caráter socioassistencial, decorrentes das situações que transpassam necessidades objetivas de vida dos usuários e suas famílias atendidas nesta unidade, o qual prevalece ações de caráter individual e emergencial. Foi possível identificar o reconhecimento do trabalho do assistente social pela equipe de profissionais da unidade e pelos sujeitos e familiares atendidos; as respostas construídas denotam uma atuação competente e crítica do profissional, tendo enquanto embasamento do seu exercício profissional o projeto ético-político da profissão.

**Palavras-Chave:** Exercício Profissional; Serviço Social; Saúde; Âmbito hospitalar.



SANTOS, Bruna Evelin da Silva. **The professional practice of Social Work with users and their families during the hospitalization period at the Burns Treatment Center of Hospital Universitário de Londrina**. 2021. 111 p. Conclusion of Social Work Course at the Center for Applied Social Studies, State University of Londrina, Londrina-PR, 2021.

## **ABSTRACT**

This research is the result of the reflections and problematizations that were experienced during the development of the Mandatory Curricular Internship in Social Work, in the University Hospital of Londrina (HU), in the Social Service Division, specifically in the Burns Treatment Center, for approximately one year. As a research problem, it was defined: "how is the professional practice of the social worker with users and their families expressed during the hospitalization period at the Burns Treatment Center of the Hospital Universitário de Londrina? ". In this perspective, it was established as the general objective of this research to know how the professional practice of the social worker in the Burn Treatment Center of HU takes place. Having as specific objectives: to identify which are the main demands presented by users and their families; describe the responses constructed by the social worker and what are his main instruments and techniques; point out the potentialities and limits for the work of the social worker. To achieve these objectives, some methodological steps have been defined. The first methodological step was to review the literature, by surveying the production of knowledge about the Social Service Profession and Health Policy in Brazil. The second methodological step was the documentary research through the study of social legislation and institutional documents that deal with the work of the Social Worker, being the Social Service Action Plan at HU, the Social Worker action project at CTQ-HU, the Internship Plan, Annual Activity Report of the Hospital Universitário de Londrina (2016), as well as the field diary. As main results, a large volume of socio-assistance demands is identified, resulting from situations that go beyond the objective needs of life of the users and their families attended in this unit, which prevails individual and emergency actions. It was possible to identify the recognition of the work of the social worker by the team of professionals at the unit and by the subjects and family members served; the constructed responses denote a competent and critical performance of the professional, having the profession's ethical-political project as the basis of his professional practice.

**Key words:** Professional Practice; Social Service; Health; Hospital scope.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1-</b> Atendimentos por Setor de Internação e por Sexo-2019 .....	71
<b>Gráfico 2-</b> Atendimentos por Setor e Grupo de Idade-2019.....	71
<b>Gráfico 3-</b> Demandas agrupadas por Grupo de Demanda - Agosto de 2019 - Total: 57 .....	78
<b>Gráfico 4-</b> Demandas agrupadas por Grupo de Demanda-Setembro de 2019- Total:40 .....	80
<b>Gráfico 5-</b> Demandas agrupadas por Grupo de Demanda- Outubro de 2019- Total: 54 .....	81
<b>Gráfico 6-</b> Demandas agrupadas por Grupo de Demanda-Novembro de 2019-Total:52 .....	82
<b>Gráfico 7-</b> Demandas agrupadas por Grupo de Demanda -Dezembro de 2019 - Total: 32.....	83
<b>Gráfico 8-</b> Demandas agrupadas por Grupo de Demanda- Janeiro de 2020- Total:25 .....	85
<b>Gráfico 9-</b> Demandas agrupadas por Grupo de Demanda- Agosto de 2019 a Janeiro de 2020- Total:260 .....	86

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Total agrupado por Setor e Regional de Saúde .....	72
---	----

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1-</b> Identificação das demandas.....	74
--	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
AEHU	Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário.
ANAS	Associação Nacional de Assistentes Sociais
CAs	Centros Acadêmicos
CFESS	Conselho Nacional de Saúde e a resolução
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COPEL	Companhia Paranaense de Energia
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CTQ	Centro de Tratamentos de Queimados
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DAs	Diretórios Acadêmicos
EC	Emenda Constitucional
ENESSO	Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOS	Lei Orgânica de Saúde

NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
ONG	Organização Não Governamental
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNE	União Nacional dos Estudantes
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>1 O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO BRASILEIRO.....</b>	<b>20</b>
1.1 O processo de redemocratização no Brasil e seus rebatimentos no Serviço Social 20	
1.2 O avanço neoliberal no Brasil e seus impactos no Serviço Social.....	25
1.3 O adensamento ético-político do projeto profissional no cenário das contrarreformas brasileira desde a década de 1990 do século XX até a contemporaneidade .....	31
<b>2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>40</b>
2.1 As legislações da política de saúde .....	41
2.2 A contrarreforma do SUS .....	46
2.3 O Serviço Social na política de saúde.....	50
<b>3 O SERVIÇO SOCIAL: REQUISIÇÕES, DEMANDAS E RESPOSTAS</b>	
<b>PROFISSIONAIS APRESENTADAS NO COTIDIANO PROFISSIONAL .....</b>	<b>58</b>
3.1 Hospital Universitário de Londrina: breve caracterização.....	58
3.1.1 A caracterização do Serviço Social na instituição .....	62
3.1.2 O Serviço Social no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Universitário de Londrina.....	69
3.2 Apresentação dos dados empíricos do processo de coleta de dados sobre o exercício profissional do Serviço Social no CTQ-HU .....	73
3.2.1 A sistematização dos dados da pesquisa .....	78
3.3 A análise reflexiva dos dados empíricos da pesquisa .....	88
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>105</b>
ANEXO A- Parecer Consubstanciado do CEP .....	106

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa é decorrente da experiência de estágio vivenciada na Divisão de Serviço Social do Hospital Universitário de Londrina, em específico no Centro de Tratamento de Queimados, no período de um ano.

No decorrer do estágio, por meio da observação cotidiana, do acompanhamento do trabalho do assistente social na Unidade de Queimados, permitiu indagar e buscar conhecer como se expressa o exercício profissional do assistente social junto aos usuários e suas famílias durante o período de internação no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Universitário de Londrina? .

O objetivo geral desta pesquisa, por conseguinte, foi compreender como se dá o exercício profissional do assistente social no Centro de Tratamentos de Queimados do Hospital Universitário (HU). Os objetivos específicos referem-se a: a) identificar quais as principais demandas apresentadas pelos usuários e suas famílias; b) descrever as respostas construídas pelo assistente social e quais são seus principais instrumentos e técnicas; c) apontar as potencialidades e limites para o exercício profissional do assistente social.

O Serviço Social no Hospital Universitário de Londrina, em específico no Centro de Tratamento de Queimados, tem enquanto principal demanda o atendimento à usuários e famílias. Usuários estes, vítimas de queimaduras graves que permanecem longo período de internação, provenientes de Londrina e de outros estados, os quais na maioria das vezes, não conta com família próximas. Desde a admissão do usuário no hospital até a alta hospitalar a família se torna primordial nesse processo que seus familiares estão passando, observou-se no decorrer do estágio que estas queimaduras trazem desdobramentos posteriores para o cotidiano do âmbito familiar.

Por isso foi necessário e imprescindível a realização do aprofundamento desta temática, apreender em qual perspectiva se dá a intervenção do assistente social junto aos usuários e suas famílias e quais os caminhos construídos pelo profissional para que estes tenham acesso aos direitos sociais e que para além se compreendam enquanto sujeitos nesse processo saúde-doença.

Tendeu-se enquanto apreensão o conceito de saúde presente nos Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010, p.19):



Ao compreender o SUS como uma estratégia, o Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde. Destacam-se como fundamentos dessa proposta a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. Tem como premissa básica a defesa da “saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRAVO, 1999; BRAVO; MATOS, 2001).

Esta pesquisa utilizou da abordagem qualitativa, através dos seguintes instrumentos e técnicas: observação participante, revisão da literatura, pesquisa documental. Segundo Minayo (2009, p.21):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois, o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

Para responder aos objetivos específicos, inicialmente foi realizada a revisão de literatura para se aproximar do objeto e aprofundamento teórico. Esta pesquisa utilizou as palavras-chave: Serviço Social; exercício profissional; saúde; âmbito hospitalar.

Partiu-se da consulta do banco de teses e artigos da Biblioteca Científica eletrônica em Linha – SciELO e respectivos autores que abordaram a temática. Pois é necessário o conhecimento do conceito crítico do exercício profissional; buscou fazer um recorte a partir da Constituição Federal de 1988, com interesse em compreender o exercício profissional com a interface da Política de Saúde.

Para o conhecimento do exercício profissional, as principais demandas e competências foi feita a revisão de literatura e análise documental, conforme Minayo (2009, p.27):

O tratamento do material nos conduz a uma busca da lógica peculiar do grupo que estamos analisando, sendo esta a construção fundamental do pesquisador. Ou seja, análise qualitativa não é uma mera classificação dos informantes, é muito mais. É a descoberta de seus códigos sociais a partir das falas, símbolos e observações. A busca da compreensão e da

interpretação à luz da teoria aporta uma contribuição singular e contextualizada do pesquisador.

Posteriormente, para o instrumento de coleta de dados foi utilizado o diário de bordo construído a partir da observação participante, desenvolvido nesta instituição, cujas as informações foram referentes ao período de agosto de 2019 a janeiro de 2020, organizadas com base nos atendimentos sociais. Todo o material foi coletado com o consentimento do Comitê de Ética do Hospital Universitário de Londrina, por meio, do parecer nº 4.680.913 e pela Divisão de Serviço Social da mesma instituição.

Importante enfatizar conforme as autoras Portes e Portes (2010, p.32) que a observação participante:

Considerando a dimensão investigativa da profissão, acreditamos que a observação contribui para que, na busca da construção e compreensão do real, tanto por parte do profissional como dos usuários, as informações e impressões sejam reveladas.

Portanto, ainda de acordo com as autoras, a observação participante nos possibilita apreender as múltiplas problemáticas que envolvem os sujeitos como a sua cultura, sua vivência, suas estratégias de sobrevivência, sua convivência familiar e comunitária e tecer breves aproximações da realidade social dos sujeitos e criticamente elaborar sínteses da totalidade macrosocial com a particularidade microsocial e construir conjuntamente com os sujeitos alternativas e respostas as demandas apresentadas.

Este trabalho foi organizado em três capítulos: o primeiro capítulo fez um breve resgate histórico do serviço social no cenário contemporâneo: suas rupturas e contradições sócio-histórico brasileiro, descrevendo o percurso da profissão no cenário brasileiro, sua aproximação com a teoria marxiana e a busca da ruptura com o conservadorismo profissional, apresenta as principais conquistas do Serviço Social construídas coletivamente: o código de ética de 1993, a lei de regulamentação profissional de 1993 e as diretrizes curriculares de 1996. Em seguida aborda a profissão e o fortalecimento do projeto ético-político em contrapartida ao advindo do neoliberalismo e as contrarreformas promovidas desde a década de 1990 do século XX até a contemporaneidade.

O segundo capítulo abordou os trinta anos do SUS: o Serviço Social na política de saúde, uma história de lutas, conquistas e desmontes da

universalização dos direitos sociais no contexto brasileiro. As legislações da política de saúde; a contrarreforma do SUS; a política de saúde e o Serviço Social: uma abordagem sócio-histórica. Faz uma síntese que destaca o desmonte da política de saúde e os seus rebatimentos e apresenta como se configura o exercício profissional na política de saúde fazendo a reflexão do documento elaborado pelo CFESS (2010): Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.

O terceiro capítulo buscou apresentar o Serviço Social: requisições, demandas e competências apresentadas no cotidiano profissional. Primeiro foi apresentada uma breve contextualização institucional e do Serviço Social no hospital; apresentação dos dados empíricos apresentando demandas, requisições e respostas profissionais; análise reflexiva dos dados empíricos da pesquisa. Posteriormente foi realizado o levantamento de dados do período de 6 meses, buscando identificar as requisições, demandas e respostas do profissional e analisa-las em seguida, usando enquanto base teórica: Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, os referidos artigos 4º e 5º da lei de regulamentação da profissão que definem as competências e atribuições do Serviço Social. E por fim as considerações finais que pretenderam dar resposta ao problema de pesquisa e apontar as potencialidades e limites do exercício profissional.

## **1 O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO BRASILEIRO**

Para responder ao problema de pesquisa delimitado neste trabalho que procura conhecer como se dá o exercício profissional do assistente social junto aos usuários e suas famílias durante o período de internação no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Universitário de Londrina este capítulo busca compreender o Serviço Social brasileiro a partir da década de 1980, quando se busca romper com o tradicionalismo e conservadorismo presente na profissão desde sua origem através do movimento denominado intenção de ruptura por Netto (2011) que irá fazer a crítica a sociedade capitalista por meio da aproximação e apropriação da matriz teórica materialista histórica e colocará em xeque os papéis do Estado e sua relação com a sociedade e as políticas públicas dentro do antagonismo de classes.

Será abordado de forma sintética as principais transformações do Serviço Social na década de 1980, traçando o seu percurso teórico-metodológico e ético-político e nos próximos tópicos será abordado os impactos que as mudanças decorridas no cenário econômico, social e político do Brasil trouxe para a profissão a partir de 1990 e que estão refletidos nas suas legislações e na sua atuação profissional nos diversos campos sócio ocupacionais.

Para melhor compreensão, o texto será organizado em quatro momentos.

### **1.1 O PROCESSO DE REDEMOCRATIZAÇÃO NO BRASIL E SEUS REBATIMENTOS NO SERVIÇO SOCIAL**

O Serviço Social é uma profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho, sendo uma profissão de natureza analítica e interventiva, tendo como balizadores o seu aparato jurídico na lei 8662/93, seu direcionamento social presente no código de ética de 1993 e suas diretrizes curriculares de 1996. Enquanto uma profissão demandada pelo capital se faz imprescindível situá-la dentro do contexto histórico brasileiro e demarcar o momento que houve a ressignificação desta e quais as forças motrizes que a levaram a intenção de ruptura e seus desdobramentos na década de 1980 até o momento atual.

O processo de redemocratização brasileira deu seu início com a crise estabelecida no regime totalitário iniciado no ano de 1964 do século passado e que

perdurou até 1985, passados três anos em processo de transição política culminando com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Em 1980 a greve que mobilizou os metalúrgicos do ABC paulista e demais setores de trabalhadores tendo apoio da sociedade, tinham como principal reivindicação melhores condições de trabalho e aumento dos salários, visto que o país estava mergulhado num colapso econômico com o arroxo salarial, uma elevada dívida externa, desvalorização da moeda, baixos investimentos nas políticas públicas e sociais e altas taxas de desigualdade social, esses fatores culminaram na passeata de cem mil pessoas, na cidade de São Bernardo, em 1 de maio de 1980 reivindicando a democracia, contrários a repressão ditatorial, nesse momento a autocracia burguesa já começara a ruir, conforme Netto (2011, p.34-30):

O que o governo Figueiredo demarcou, claramente – e de modo inédito, no bojo dos instantes finais do ciclo autocrático -, foi a incapacidade de a ditadura reproduzir-se como tal: em face do acúmulo de forças de resistência democrática e da ampla vitalização do movimento popular (devida, decisivamente, ao reingresso aberto da classe operária urbana na cena política), a já estreita base de sustentação da ditadura experimentou um rápido processo de erosão que a compeliu a empreender negociações a partir de uma posição política defensiva.

E em meio aos gritos das “DIRETAS JÁ” da sociedade civil que contou com a mobilização sindical(CUT), o movimento estudantil(UNE) e parte da igreja católica que moveu milhões em janeiro de 1984 por todo o Brasil e teve como a derrocada do período da ditadura em 1985 com a eleição de Tancredo Neves, um civil, para assumir a presidência e passado os três anos deste processo de transição democrática, houve a promulgação da Carta Magna 1988 e com ela o direito do povo de eleger seus representantes, presente no artigo 14º da Constituição Federal estabelece que: “A soberania popular será exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com valor igual para todos, e, nos termos da lei, mediante: I – plebiscito; II – referendo; III – iniciativa popular”.

A trajetória da profissão não deixou de ter suas estruturas transformadas estando inserida nesse processo histórico e se metamorfoseando para responder as questões colocadas pela sociedade, buscando romper com o conservadorismo a partir do movimento da intenção de ruptura através da apropriação da matriz teórica crítica e posição ao lado da classe trabalhadora, porém, não deixando de estar submetidos a lógica do capital e suas requisições, como enfatiza

Iamamoto (2009, p. 11):

Reafirma-se, pois, a dimensão contraditória das demandas e requisições sociais que se apresentam à profissão, expressão das forças sociais que nelas incidem: tanto o movimento do capital quanto os direitos, valores e princípios que fazem parte das conquistas e do ideário dos trabalhadores. São essas forças contraditórias, inscritas na própria dinâmica dos processos sociais, que criam as bases reais para a renovação do estatuto da profissão conjugadas à intencionalidade dos seus agentes.

Nesse cenário apresentado o Serviço Social sofreu os desdobramentos dessa conjuntura política e dentro desse contexto histórico, pois conforme Iamamoto & Carvalho (1983, p. 75):

[...] as condições que peculiarizam o exercício profissional são uma concretização da dinâmica das relações sociais vigentes na sociedade, em determinadas conjunturas históricas [...] a atuação do assistente social é necessariamente polarizada pelos interesses de tais classes, tendendo a ser cooptada por aqueles que têm uma posição dominante.

A década de 1980 do século passado é um marco para a profissão, na medida que se deu o processo de maturidade intelectual desta tornando possível revisitar o significado social da profissão, pois houve a aproximação com a teoria social crítica de Marx, posto nesse momento a necessidade de repensá-la e responder as demandas e requisições, foi basilar para a intenção de ruptura que segundo Netto (2011, p.258) só foi possível:

É só na crise da autocracia, quando se desobstruírem os canais que permitem a concretização das mediações que vinculam essa perspectiva às camadas trabalhadoras e subalternas, que ela poderá expressar sem referências esópicas as suas conexões sociopolíticas [...] os espaços ocupados, na ultrapassagem da autocracia e nos momentos imediatamente seguintes, pelas classes trabalhadoras [...] revitalizaram duplamente essa perspectiva: por um lado, começaram a lhe oferecer um suporte com uma aberta e legitimada intervenção social, articulados sobre sistemas organizativos sensivelmente mais avançados que no passado; de outro, pela aproximação socioeconômica da categoria profissional às condições de trabalho das classes subalternas, o movimento organizativo próprio dessas camadas entrou a permear a categoria mesma. Em segundo lugar, a configuração interna das representações desta perspectiva sofreu uma nítida inflexão: através da sua relação com as camadas trabalhadoras sem os constrangimento da ordem autocrática, as efetivas condições de trabalho e existência dessas camadas impuseram uma recepção e uma elaboração intelectuais que antes não se registravam [...] transita-se para um tipo de produção intelectual que enfrenta a realidade em que se movem as classes e camadas sociais a que a intenção de ruptura se vincula.

E Netto (2011, p.248) ainda denota que:

Nas suas expressões diferenciadas, ela confronta-se com a autocracia burguesa: colidia com a ordem autocrática no plano teórico-cultural (os referenciais de que se socorria negavam as legitimações da autocracia), no plano profissional (os objetivos que se propunha chocavam-se com o perfil do assistente social requisitado pela “modernização conservadora”) e no plano político (suas concepções de participação social e cidadania, bem como suas projeções societárias, batiam contra a institucionalidade da ditadura.

A vanguarda profissional oriunda das universidades ao se aproximar e se apropriar da teoria marxiana pode atingir a sua maturidade intelectual e construir coletivamente através dos seus órgãos representativos o currículo mínimo de 1982 que trazia as bases para a formação profissional e além compreendendo o exercício profissional enquanto trabalho e inserido na lógica do capital, dentro dessa sociabilidade e compreender a particularidade do processo histórico brasileiro.

Conforme Netto (2005, p. 82 apud Ortiz 2010, p. 177) coloca:

“[...] nos anos oitenta, o Serviço Social brasileiro assistiu ao desenvolvimento de uma perspectiva crítica, tanto teórica quanto prática, que se constituía a partir do espírito próprio da Reconceituação. Não se tratou de uma simples continuidade das idéias reconceituadoras, uma vez que as condições históricas, políticas e institucionais eram muito diversas das do período anterior; antes, o que se operou foi uma retomada da crítica ao tradicionalismo a partir das conquistas da Reconceituação – por isto, é adequado caracterizar o desenvolvimento deste ‘Serviço Social crítico’ no Brasil como herdeiro do espírito da Reconceituação: comprometido com os interesses da massa da população, preocupado com a qualificação acadêmica e com a interlocução com as ciências sociais e investindo fortemente na investigação. É precisamente este ‘Serviço Social crítico’ que vem redimensionando radicalmente a imagem social da profissão e hoje é reconhecido no plano acadêmico como área de produção do conhecimento [...] e intervindo ativamente no plano macroscópico da formulação de políticas públicas” (grifo meu).

O Serviço Social já em 1979 demonstrou a sua força política-organizativa por meio do III Congresso Brasileiro de Assistente Sociais, realizado em São Paulo, ficou conhecido como “congresso da virada” ao destituir da mesa os convidados especiais, representados pelas autoridades do regime militar e substituí-los por dirigentes de organizações populares demarcou sua posição ao lado da classe trabalhadora, neste mesmo ano com parceria da Cortez Editora criou a revista Serviço Social e Sociedade abrindo espaço para produções e debates intelectuais levando em consideração o avanço da pós-graduação do curso no Brasil. Em 1981, é constituído sob a responsabilidade da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) a primeira turma do curso de doutoramento em Serviço Social da América Latina e em 1982 ocorre o reconhecimento oficial do curso pelo Conselho Nacional de

Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Este avanço enquanto categoria profissional não se deu de forma linear e harmônica, como nos apresenta Silva (2011, p. 65):

Fica compreendido que o processo de desenvolvimento do Serviço Social no Brasil não é nem linear nem homogêneo, como não o é o próprio movimento social. Trata-se, por conseguinte, de um processo marcado por confrontos com forças conservadoras e reacionárias existentes no interior do quadro profissional e da sociedade brasileira e, ao mesmo tempo, pelas divergências e contradições entre as próprias forças que se colocam na perspectiva dos interesses dos setores populares.

Outro marco importante nesse processo de maturidade intelectual que busca romper com o conservadorismo foi o Código de Ética de 1986 que se coloca ao lado dos interesses da classe trabalhadora e contesta a sociedade capitalista, Barroco (2017, p. 179) afirma que:

É nesse sentido que podemos entender o significado dos valores do código. Não são valores do Serviço Social, mas são valores incorporados pelo Serviço Social. A origem desses valores é histórica; eles foram construídos historicamente, nas lutas emancipatórias da classe trabalhadora, dos movimentos revolucionários e das forças progressistas. Nós aderimos a tais valores porque nos vinculamos a essas lutas. Ao mesmo tempo, a ética profissional, em todas as suas dimensões, não é autônoma e isolada da prática política, da capacitação teórica, da intervenção prática em atividades profissionais. A ética é uma mediação de valor que perpassa pelas diferentes atividades exercidas social e profissionalmente.

Portanto a década de 1980 foi o marco para a profissão que atingiu sua maturidade intelectual e se tornou campo fértil para os avanços profissionais em contrapartida com as mudanças que os anos 1990 trará, pois, apesar da jovem Constituição de 1988 trazer conquistas com a seguridade social que conta com o tripé das políticas públicas de previdência, saúde e assistência social, sendo estas políticas os principais campos sócio-ocupacionais do assistente social, o ideário neoliberal irá bombardear as frágeis estruturas da Carta Magna, contando com o aparato estatal e seus governantes que irão aderir as “recomendações” dos organismos internacionais através do Consenso de Washington que trazem na sua entranha a ideia de Estado mínimo com a flexibilização das leis trabalhistas, baixo investimento nas políticas sociais que a tornam focalizadas e fragmentadas; apoio financeiro estatal para o mercado internacional e desregulamentação financeira com um alto nível de privatização de empresas estatais, os refluxos da crise estrutural do capital dos países centrais farão predominar os interesses da política econômica em detrimento das



políticas sociais. Provocando assim através da reforma gerencial uma nova configuração nas relações de trabalho, produção e reprodução social.

Essas transformações na conjuntura econômica, política e social brasileira e seus impactos no Serviço Social serão tema do próximo tópico.

## 1.2 O AVANÇO NEOLIBERAL NO BRASIL E SEUS IMPACTOS NO SERVIÇO SOCIAL

Para a compreensão das transformações perpassadas na profissão a partir da década de 1990, se faz necessário fazer o resgate sócio-histórico brasileiro que propiciou tais mudanças nas legislações do Serviço Social reverberando tanto na sua formação quando no seu exercício profissional.

A Constituição Cidadã de 1988 estando em seu estado embrionário fora brutalmente atacada pelo ideário neoliberal a partir do governo de Collor e adentrando com o Fernando Henrique Cardoso, por meio Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) e o envio do Projeto de Emenda Constitucional (PEC) nº 173 orquestrada pelo seu ministro Bresser e aprovado pelo Congresso Nacional e posteriormente promulgado Emenda Constitucional nº 19 de 1998, como bem descreve Behring (2003 apud BRAVO 2009,p,8):

As propostas redistributivas foram tencionadas pelas pressões exercidas para a abolição do controle estatal sobre o movimento do capital e as condições de uso da força de trabalho, bem como para a privatização das atividades do Estado no campo econômico e social. O projeto político do grande capital concentrou-se na “Reforma do Estado”, que, efetuada no Governo FHC, lançou as atividades produtivas para o mercado e transferiu a prestação de serviços sociais para o setor “público não estatal”, conhecido como “terceiro setor”, configurando um retrocesso social, uma contrarreforma.

Essa reforma gerencial ocorreu sob a égide dos organismos internacionais que trouxeram as seguintes diretrizes que ficou conhecida como Consenso de Washington, conforme Behring aponta (2009, p. 10):

A fórmula neoliberal para sair da crise pode ser resumida em algumas proposições básicas: 1) um Estado forte para romper o poder dos sindicatos e controlar a moeda; 2) um Estado parco para os gastos sociais e regulamentações econômicas; 3) a busca da estabilidade monetária como meta suprema; 4) uma forte disciplina orçamentária, diga-se, contenção dos gastos sociais e restauração de uma taxa natural de desemprego, ou seja, a recomposição do exército industrial de reserva que permita pressões sobre os salários e os direitos, tendo em vista a elevação das taxas de mais-valia e

de lucro; 5) uma reforma fiscal, diminuindo os impostos sobre os rendimentos mais altos; e 6) o desmonte dos direitos sociais, implicando quebra da vinculação entre política social e esses direitos, que compunha o pacto político do período anterior.

O que pode presenciar nesse cenário é o adentramento do Brasil tendo como espinha dorsal o ideário neoliberal o ajustamento da reestruturação produtiva que traz a flexibilização das relações e do modo de trabalho, a mundialização do capital financeiro e a desregulamentação dos Estados nacionais, através das privatizações e empresas transnacionais nas fronteiras nacionais e ajustes fiscais, repercutindo intrinsecamente no mundo do trabalho, pois, com a alta precarização das condições de trabalho e baixos investimentos nas políticas sociais, os trabalhadores tem sua capacidade de resistência e organização afetadas, , como coloca Netto (1996, p. 100-101):

As corporações transnacionais, o grande capital, implementam a erosão das regulações estatais visando claramente à liquidação de direitos sociais, ao assalto ao patrimônio e ao fundo público, com a "desregulação" sendo apresentada como "modernização" que valoriza a "sociedade civil", liberando-a da tutela do "Estado protetor"\_\_\_\_\_ e há lugar, nessa construção ideológica, para a defesa da "liberdade", da "cidadania" e da "democracia". E, com frequência, forças imediatamente opositivas ao grande capital tem incorporado o antiestatismo como priorização da sociedade civil e também como demanda democrática, do que decorrem dois fenomenos:1) a transferência, para a sociedade civil, a título de "iniciativa autônoma", de responsabilidades antes alocadas à ação estatal;2) a minimização de lutas democráticas dirigidas a afetar as instituições estatais. As implicações de incorporação antiestatismo pelas forças opositivas pode significar não apenas a politização de novos espaços sociais (ou despolitização de espaços abandonados), mas, ainda, a despolitização de demandas democráticas, numa quadra que\_\_\_ precisamente pelas características das práticas neoliberais\_ as lutas pela democracia se revestem de importância maior.

Nesse cenário contemporâneo, a classe trabalhadora vem sendo minada dia a após dia com condições de extrema precarização no mercado de trabalho e condições de vida, posto que com as transformações advindas da reestruturação produtiva, as condições impostas são a maximização do tempo e lucro com o menor custo benefício, adota-se pelas empresas e também Estado o estabelecimento de metas, a eficiência é o objetivo em detrimento da qualidade dos serviços, como bem enfatiza Antunes (2015, p. 418):

Dessa forma, o gerenciamento por metas opera em diferentes sentidos: a) no desenvolvimento de mais um mecanismo disciplinador do trabalho, como na instituição de uma espécie de engajamento "voluntário" dos trabalhadores visando o aumento da produtividade; b) no incentivo ao controle de faltas

exercido, não raro, entre os próprios trabalhadores dos times de produção/equipes de trabalho; c) na instituição da diminuição do tempo de repouso; d) na promoção da competição entre os trabalhadores e suas equipes visando o recebimento dos valores estipulados nos acordos firmados para essa finalidade; e) no aprofundamento das experiências de acordos coletivos firmados por empresas (Praun, 2014).

No Brasil, os acordos que articulam remuneração flexível e metas ganham relevância na segunda metade dos anos 1990, logo após a regulamentação, em 1994, do sistema de PLR. Instituídos, conforme consta no primeiro artigo da Lei n. 10.101/2000, "como instrumento[s] de integração entre capital e trabalho e como incentivo à produtividade", os acordos coletivos que estabelecem a PLR ou a PR articulam uma série de precondições, expressas em metas, que determinam os indicadores a serem atingidos para que o trabalhador receba a remuneração acordada.

Ainda é importante denotar os que ficam as bordas do mundo do trabalho, como Netto (1996, p. 96) coloca:

Enfim, cabe referir a existência decisivamente influenciado pelo caráter acentuadamente concentrador (de renda, riqueza e propriedade), na atividade econômica, e excludente e restritivo, no âmbito das garantias sociais\_ do capitalismo tardio que se quer "flexibilizar"\_ de uma miríade de segmentos desprotegidos. Tais segmentos compreendem universos heterogêneos, desde aposentados com pensões miseráveis, crianças e adolescentes sem qualquer cobertura social, minorias e/ou migrantes, doentes estigmatizados (recorde-se a situação de aidéticos pobres), até trabalhadores expulsos do mercado de trabalho( formal e informal). O que singulariza tais segmentos não é o fato de encarnarem uma qualquer "nova pobreza" ou de marcarem a emergência de "subclasses", nem o de não serem identificados com o antigo lupem, o que peculiariza boa parcela desses segmentos é que, situados nas bordas da "sociedade oficial" eles se veem e são visto como uma "não-sociedade" ou uma "contra-sociedade"- e assim interatuam com a ordem.

Segundo a ideologia neoliberal o desemprego é visto como natural dentro da concorrência imposta pelo mercado e tem como objetivo manter o status quo de exploração e inibir as manifestações dos trabalhadores visto que os mesmos estão disputando sua própria sobrevivência nesse processo brutal e desigual do sistema capitalista. Se faz fundamental colocar que a reforma gerencial por meio do ajuste fiscal responde a demanda do capital financeiro que tem atingido seus superlucros com o pagamento da dívida externa que são retiradas do fundo público estatal e contrariando a falácia que dinheiro gera dinheiro, o mercado rentista é sustentando pelos milhões de trabalhadores que ao pagarem impostos, acessarem as políticas sociais de demais encargos estatais compõem a arrecadação deste fundo, conforme denota Salvador( 2012, p.10,19,20):

Se tem uma definição para o fundo público no Brasil, particularmente para orçamento público, ela pode ser feita em uma única frase: o orçamento é

financiado pelos pobres via impostos sobre o salário e por meio de tributos indiretos, sendo apropriado pelos mais ricos, via transferência de recursos para mercado financeiro e acumulação de capital.

Uma das marcas da elevada concentração de renda e das desigualdades sociais no Brasil é o caráter regressivo da carga tributária. O sistema tributário brasileiro tem sido um instrumento a favor da concentração de renda, agravando o ônus fiscal dos mais pobres e aliviando o das classes mais ricas. Eles são os maiores responsáveis pelo financiamento do Estado brasileiro, arcando com o ônus de mais de 2/3 das receitas arrecadadas pela União, estados, Distrito Federal e municípios. As aplicações financeiras são menos tributadas que a renda dos trabalhadores assalariados. O capital foi o maior ganhador do sistema tributário construído nos governos FHC e Lula. O sistema financeiro paga menos imposto que o restante da sociedade.

Como bem colocado por Salvador (2012) a questão fulcral é que a política econômica se sobrepõe a política social e para além se utilizando de um ideário neoliberal escamoteia que a mais valia dos trabalhadores é abstraída para suprir as demandas do capital financeiro.

Diante do exposto a profissão é requisitada pela sociedade capitalista a atuar junto aos trabalhadores, respondendo através dos aparatos estatais, empresariais e das ONGs, as múltiplas expressões da “questão social” que se apresenta nas demandas colocadas pela classe trabalhadora. E estas respostas perpassam ao projeto ético-político construído pela profissão na década de 1990 e que se expressa tanto nas suas legislações quanto na formação profissional, pois, o contexto sócio-histórico trará novas requisições e demandas e exigirá do assistente social uma direção social frente as questões da extrema precarização do trabalho, o desemprego estrutural, a redução do investimento nas políticas sociais, as condições impostas para o trabalho nos mais diversos campo sócio ocupacionais, como enfatiza lamamoto (2009, p.16,30,31):

Verifica-se, pois, uma tensão entre o trabalho controlado e submetido ao poder do empregador, as demandas dos sujeitos de direitos e a relativa autonomia do profissional para perfilar o seu trabalho. Assim, o trabalho do assistente social encontra-se sujeito a um conjunto de determinantes externos, que fogem ao seu controle do indivíduo e impõem limites, socialmente objetivos, à consecução de um projeto profissional coletivo no cotidiano do mercado de trabalho. Alargar as possibilidades de condução do trabalho no horizonte daquele projeto exige estratégias político-profissionais que ampliem bases de apoio no interior do espaço ocupacional e somem forças com segmentos organizados da sociedade civil, que se movem pelos mesmos princípios éticos e políticos.

Os assistentes sociais estão sendo chamados a atuar na esfera da formulação e avaliação de políticas e do planejamento, gestão e monitoramento, inscritos em equipes multiprofissionais. Ampliam seu espaço ocupacional para atividades relacionadas ao controle social à implantação e orientação de conselhos de políticas públicas, à capacitação de conselheiros,

à elaboração de planos e projetos sociais, ao acompanhamento e avaliação de políticas, programas e projetos.

Tais inserções são acompanhadas de novas exigências de qualificação, tais como: o domínio de conhecimentos para realizar diagnósticos socioeconômicos de municípios, para a leitura e análise dos orçamentos públicos, identificando seus alvos e compromissos, assim como os recursos disponíveis para projetar ações; o domínio do processo de planejamento; a competência no gerenciamento e avaliação de programas e projetos sociais; a capacidade de negociação, o conhecimento e o know-how na área de recursos humanos e relações no trabalho, entre outros. Somam-se possibilidades de trabalho nos níveis de assessoria e consultoria para profissionais mais experientes e altamente qualificados em determinadas áreas de especialização. Registram-se, ainda, requisições no campo da pesquisa, de estudos e planejamento, entre inúmeras outras funções.

Como Iamamoto (2009) deixa claro, a profissão é permeada pela luta de classes sendo que está é produto histórico e nessa conjuntura adversa de sucateamento do Estado, a mercantilização dos direitos sociais é naturalizada pela ideologia neoliberal como exemplo a meritocracia e a individualização da desigualdade social, vista como problema do indivíduo e não tendo enquanto causador o processo de acumulação capitalista que se apropria dos bens socialmente produzidos e aumenta a concentração de renda.

Sendo que a política social é campo de mediação do trabalho do assistente social, entende-se que o debate dos estudiosos vem nos indicando que as alterações que ocorrem nas políticas brasileira impactam na nossa profissão apresentando requisições e demandas. Nesse sentido o Serviço Social nessa conjuntura também sofreu esses impactos na condição de trabalhador com a precarização intensificação do trabalho e rebaixamento salarial, falta de financiamento e investimento nas políticas públicas para atender as demandas da população.

Os impactos da ofensiva neoliberal na configuração das políticas sociais, apresentam um sistema frágil e híbrido, sendo Draibe (1993) marcadas por um trinômio: focalização, privatização e descentralização, como enfatizam Behring e Boschetti (2016, p. 159-160):

[...] a privatização no campo das políticas sociais públicas compõe um movimento de transferências patrimoniais, além de expressar o processo mais profundo da supercapitalização (Behring, 1998). Já a seletividade associada à focalização assegura acesso apenas aos comprovada e extremamente pobres.

O trinômio é perpetrado no momento que se faz a separação da elaboração das políticas sociais e sua execução, pois, agindo de forma tecnocrática

lançando mão do arcabouço jurídico-legal, o Estado brasileiro se apropria do ideário neoliberal nesse planejamento e ignora as necessidades da população, visando somente responder aos ditames dos organismos internacionais já citados, por meio do pagamento da dívida externa que corrói o fundo público e deixa a mercê milhões de trabalhadores com estas políticas que não correspondem aos direitos já conquistados na Carta Magna de 1988 e que vem sendo desmantelados pelo Estado com suas contrarreformas a partir da década de 1990 com o receituário do Consenso de Washington.

Ainda segundo as autoras, coloca-se em cheque o conceito de seguridade posto que:

Outro aspecto de destaque na "reforma" do Estado foi o Programa de Publicização, que se expressou na criação das agências executivas e das organizações sociais, bem como da regulamentação do terceiro setor para a execução de políticas públicas. Esta última estabeleceu um Termo de Parceria com ONGs e Instituições Filantrópicas para a implementação das políticas. A essa nova arquitetura institucional na área social- sempre ignorando o conceito de seguridade- se combinou o serviço voluntário, o qual desprofissionalizava a intervenção nessas áreas, remetendo-as ao mundo da solidariedade, da realização do bem comum pelos indivíduos, através de um trabalho voluntário não-remunerado. (BEHRING; BOSCHETTI, 2016, p. 154).

Na conjuntura apresentada o Serviço Social é colocado na arena de disputas, pois sendo uma profissão que por meio do seu projeto ético-político trabalha na perspectiva da defesa de direitos e que diante desse contexto tão adverso de desmonte dos direitos conquistados na Constituição Cidadã de 1988, onde ocorre o acirramento das expressões da questão social, com o empobrecimento da classe trabalhadora e usuários das políticas sociais, que serão atendidos pelo assistente social, tendo suas demandas apresentadas como a manutenção das condições de subsistências, saúde, moradia, dentre outras, que devem ser supridas pelo Estado e que porém, na realidade, demonstra cada vez mais desresponsabilização e mercantilização dos direitos sociais.

Behring e Boschetti (2016, p. 185) corroboram com os dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada de 2003:

O Brasil está em penúltimo lugar entre o conjunto dos países do mundo em distribuição de renda: 1.7 milhão de brasileiros ricos, ou seja, 1% da população, se apropria da mesma soma de rendimentos familiares distribuída entre outros 86,5 milhões de pessoas (50% da população); 53,9 milhões de brasileiros (31,7% da população) sobrevivem com menos de R\$ 160,00 mensais e são considerados pobres; e 21,9 milhões de brasileiros (12,9% da

população) são indigentes, ou seja, possuem uma renda familiar *per capita* inferior a 1/4 do salário mínimo.

Esses dados retratam as condições de vida da classe trabalhadora e contestam o ideário neoliberal, pois revelam a barbárie, a desigualdade social que é o motor do sistema capitalista com seu antagonismo de classes, visto que os rendimentos de um por cento da população equivalem a cinquenta por cento da população brasileira, ainda, informa que mais de vinte e um milhão de pessoas estão abaixo da linha da pobreza considerados “ indigentes” e estes são o “público alvo” para os quais as políticas sociais se desenham.

A profissão sofre os rebatimentos deste cenário posto que também é classe trabalhadora, atuando nas políticas sociais terá que lidar com a flexibilização dos contratos de trabalho com o aumento extensivo da terceirização e diversos outros tipos, a precarização das condições de trabalho refletindo na qualidade do atendimento aos usuários voltados tanto para o ambiente do trabalho como a falta de estrutura física como equipamentos e salas adequadas para a garantia do sigilo, a falta crônica de recursos (financeiros, físicos e recursos humanos) para atender as demandas, a ausência da formação continuada para os profissionais, dentre outros fatores que tanto de forma subjetiva quanto objetiva fazem o Serviço Social refletir diante desses desafios e construir novos caminhos que vão de encontro com a sua direção social e que não se submerjam diante da ofensiva neoliberal tanto internamente quanto externamente na profissão.

Diante do exposto, será abordado as legislações que trazem as competências e requisições do Serviço Social e seu posicionamento jurídico-político frente ao ideário neoliberal e quais foram seus enfrentamentos.

### 1.3 O ADENSAMENTO ÉTICO-POLÍTICO DO PROJETO PROFISSIONAL NO CENÁRIO DAS CONTRARREFORMAS BRASILEIRA DESDE A DÉCADA DE 1990 DO SÉCULO XX ATÉ A CONTEMPORANEIDADE

A década de 1990 é transpassada pela égide neoliberal com seus pressupostos ideológicos, políticos e econômicos e que tem sua operacionalização realizada pela reforma gerencial do estado brasileiro que obteve êxito como já citado por meio do governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) não sendo diferente

os governos que o procederam. Essas transformações provocaram mudanças para a profissão que terá que apresentar respostas a essa nova realidade imposta por esse cenário de desmonte do Estado, sucateamento das políticas públicas sociais, precarização das condições de trabalho e vida da classe trabalhadora, provocando o acirramento das múltiplas expressões da “questão social”.

A profissão tem sua natureza analítica e interventiva, sendo indissociável a teoria da prática, por isso, a formação e o exercício profissional estão imbricados, portanto é necessário abordar as consequências de forma sucinta da mercantilização da educação e os rebatimentos no Serviço Social que por meio da reforma educacional perpetrada já no governo Cardoso e coroada no governo Lula em forma das medidas provisórias 213/04, que institui o Programa Universidade para Todos – ProUni; o Decreto 5.622/05 e 5.800/06, que instituem e regulamentam a Educação a Distância (EaD) e o consórcio de instituições que oferecem esta modalidade, a Universidade Aberta do Brasil (UAB); e o Decreto Presidencial 6.096/07, que institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI provoca várias questões colocadas por Iamamoto (2007, p. 440):

O crescimento exponencial do contingente profissional, a curto prazo, traz sérias implicações para o exercício profissional e para as relações de trabalho e condições salariais por meio das quais ele se realiza. Pode-se antever um crescimento acelerado do desemprego nessa área, pois dificilmente a oferta de postos de trabalho poderá acompanhar, no mesmo ritmo, o crescimento do contingente profissional, pressionando o piso salarial, a precarização das condições de trabalho e aumentando a insegurança do trabalho. A hipótese que se pode aventar é que o crescimento do contingente profissional, ao tempo em que eleva a lucratividade dos negócios educacionais, poderá desdobrar-se na criação de um exército assistencial de reserva. Isto é, aquele crescimento poderá figurar como um recurso de qualificação do voluntariado no reforço do chamamento à solidariedade, principalmente em um ambiente político eivado de políticas públicas que estimulam a assistencialização da pobreza e a sua focalização.

Dados apresentados por Pereira (2010, p.326) corrobora:

Especialmente no governo Lula, outra "novidade" emergiu para a profissão: a criação de cursos de Serviço Social na modalidade de Educação a Distância (EaD), com 11 (onze) IES ofertantes de cursos de Serviço Social na modalidade EAD. Se elas representam 5,2% do total de cursos criados no período, o percentual se inverte quando analisamos o quantitativo de vagas de Serviço Social oferecidos por tais IES anualmente: as 11 (onze) IES ofertam 46.620 vagas de Serviço Social na modalidade EAD, enquanto as demais 199 (cento e noventa e nove) IES ofertam 24.824 (vinte e quatro mil oitocentos e vinte e quatro) vagas na modalidade presencial, anualmente.



Portanto, ainda que tenha efetivamente ocorrido a abertura e novos cursos de Serviço Social em IES federais, na modalidade presencial, a política educacional do atual governo, apostando na expansão do acesso à educação superior através da EaD como uma das vias principais, também impactou o Serviço Social. Assim, as vagas oferecidas na modalidade EaD correspondem a quase o dobro daquelas na modalidade presencial.

O Serviço Social não ficou neutro diante dessa contrarreforma educacional e por meio do Conselho Federal de Serviço Social materializou leis e resoluções que confrontam esse modo de ensino e também as condições precárias de trabalho do assistente social. Faz-se importante enfatizar que esse enfrentamento só é possível porque a profissão é pautada no projeto ético-político que tem sua materialização no Código de Ética Profissional, Lei de Regulamentação da Profissão (8662/93) e Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social (1996). Segundo Braz e Teixeira (2009, p.7-8) os elementos constitutivos deste projeto são:

- a) o primeiro se relaciona com a explicitação de princípios e valores ético-políticos; b) o segundo se refere à matriz teórico-metodológica em que se ancora; c) o terceiro emana da crítica radical à ordem social vigente – a da sociedade do capital – que produz e reproduz a miséria ao mesmo tempo em que exhibe uma produção monumental de riquezas; d) o quarto se manifesta nas lutas e posicionamentos políticos acumulados pela categoria através de suas formas coletivas de organização política em aliança com os setores mais progressistas da sociedade brasileira.

Sendo que a materialidade desses elementos se dá por meio da produção do conhecimento no interior da profissão trazendo o adensamento teórico; as instâncias político-organizativas (CFESS/CRESS/ABEPSS/ENESSO/CAs e Das/ENESSO) demonstrando a existência de um espaço democrático e coletivo e a dimensão jurídico-política que se constitui por um conjunto de leis de leis e resoluções, documentos e textos políticos, sendo que esta dimensão também traz a participação da vanguarda profissional na efetivação como a Lei Orgânica da Saúde(1990), Lei Orgânica da Assistência Social(1993), Estatuto da Criança e do Adolescente(1990) dentre outras.

O Serviço Social na arena das lutas democráticas a partir da década de 1980 do século passado, juntamente com os movimentos sociais que reivindicam a derrocada da autocracia burguesa e a redemocratização brasileira, através desse movimento de contestação da ordem vigente, a profissão começou a forjar uma outra imagem profissional, que com a aproximação e apropriação da teoria marxiana reconhece-se enquanto classe trabalhadora e que nesse processo contraditório de

dominação e exploração de uma classe sobre a outra, enquanto uma profissão que atua na reprodução das relações sociais tem a possibilidade de construir as respostas profissionais imprimindo sua intencionalidade e para além buscando estratégias e possibilidades que buscam a defesa dos direitos humanos e sociais dos sujeitos/usuários atendidos nas diferentes políticas públicas sociais. Netto (1999, p. 104-105) enfatiza que o projeto profissional:

[...]tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor ético central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Consequentemente, o projeto profissional vinculasse a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero.

Sendo um dos elementos constitutivos do Projeto ético-político, o Código de Ética profissional revela sua intencionalidade e seu comprometimento com o projeto societário da classe trabalhadora por meios de seus princípios previstos na Resolução CFESS nº 273/93 (2011, p. 23-24):

I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual; VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero; IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as; X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física.

Ainda para o exercício profissional, o Serviço Social por meio da lei 8662/93 tem suas competências no artigo 4º e atribuições privativas previstas no

artigo 5º conforme consta no CFESS (2011, p. 44-45-46-47):

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; IV - (Vetado); V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo; IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; XI - realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidade.

Art. 5º Constituem atribuições privativas do Assistente Social:

I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social; IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para assistentes sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social; X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social; XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais; 16Legislação e Resoluções sobre o Trabalho do/a assistente social; XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

Se faz importante ressaltar o que a ABEPSS (1996, p. 6) enfatiza que o perfil profissional:

elegem como princípios da formação, entre outros: a) Rigoroso trato teórico, histórico e metodológico da realidade social e do Serviço Social, que possibilite a compreensão dos problemas e desafios com os quais o profissional se defronta no universo da produção e reprodução da vida social; b) Adoção de uma teoria social crítica que possibilite a apreensão da totalidade social em suas dimensões de universalidade, particularidade e

singularidade; c) Estabelecimento das dimensões investigativa e interventiva como princípios formativos e condição central da formação profissional, e da relação teoria e realidade; d) Indissociabilidade nas dimensões de ensino, pesquisa e extensão; e) Indissociabilidade entre estágio e supervisão acadêmica e profissional.

De acordo com a ABEPSS (1999, p. 3-4) os núcleos que fundamentam a profissão:

- Núcleo de fundamentos teórico-metodológicos da vida social, que compreende um conjunto de fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos para conhecer o ser social enquanto totalidade histórica, fornecendo os componentes fundamentais para a compreensão da sociedade burguesa, em seu movimento contraditório;
- Núcleo de fundamentos da formação sócio-histórica da sociedade brasileira que remete à compreensão dessa sociedade, resguardando as características históricas particulares que presidem a sua formação e desenvolvimento urbano e rural, em suas diversidades regionais e locais. Compreende ainda a análise do significado do Serviço Social em seu caráter contraditório, no bojo das relações entre as classes e destas com o Estado, abrangendo as dinâmicas institucionais nas esferas estatal e privada;
- Núcleo de fundamentos do trabalho profissional que compreende todos os elementos constitutivos do Serviço Social como uma especialização do trabalho: sua trajetória histórica, teórica, metodológica e técnica, os componentes éticos que envolvem o exercício profissional, a pesquisa, o planejamento e a administração em Serviço Social e o estágio supervisionado. Tais elementos encontram-se articulados por meio da análise dos fundamentos do Serviço Social e dos processos de trabalho em que se insere, desdobrando-se em conteúdos necessários para capacitar os profissionais ao exercício de suas funções, resguardando as suas competências específicas normatizadas por lei.

Pode-se compreender que o projeto ético-político da profissão materializado por meio do seu aparato jurídico-legal e que foi coletivamente construído pelas suas instâncias já mencionadas e que demonstram pela produção do conhecimento sua maturidade intelectual, é um arcabouço que possui condições de construir junto com o projeto societário da classe trabalhadora buscar em última instância uma nova sociedade livre de todo tipo de exploração.

O Serviço Social munido desse adensamento intelectual perpetuado a partir da década de 1990 e adentrando nos anos 2000, pleiteou ao longo dessas três décadas pelos direitos e melhores condições de trabalho e formação conquistando as 30 horas de trabalho semanais sancionada pela lei pela Lei nº 12.317, de 2010; Resolução nº 493/2006 - Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social; Resolução nº 533/2008 - Regulamenta a supervisão de estágio no Serviço Social; Resolução nº 556/2009 - Procedimentos para efeito de lacração do material técnico e material técnico-sigiloso

do Serviço Social; Resolução nº 557/2009 - Dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjunta aos entre assistente social e outros profissionais; Resolução nº 569/2010 - Dispõe sobre a vedação da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social; Resolução nº 572/2010 - Dispõe sobre a obrigatoriedade de registro nos conselhos regionais de Serviço Social, dos assistentes sociais que exerçam funções ou atividades de atribuição do assistente social, mesmo que contratados sob a nomenclatura de cargos genéricos e dá outras providências e na data de 11/12/2019 foi sancionada a Lei 13.935, que dispõe sobre a prestação de serviços de Psicologia e de Serviço Social nas redes públicas de educação básica.

Todas as conquistas da categoria profissional são transpassadas pela necessidade continua de se colocar enquanto resistência e luta no cenário brasileiro, pois, de acordo com Barroco (2011, p. 215):

Se temos uma herança conservadora, temos também uma história de ruptura: um patrimônio conquistado que é nosso, mas cujos valores, cujas referências teóricas e cuja força para a luta não foram inventadas por nós. Trata-se de uma herança que pertence à humanidade e que nós resgatamos dos movimentos revolucionários, das lutas democráticas, do marxismo, do socialismo, e incorporamos ao nosso projeto.

Portanto nesse terreno de contradições e retrocessos dos direitos sociais torna-se imprescindível a direção social da profissão, a defesa radical da democracia, o fortalecimento enquanto categoria e também junto a classe trabalhadora.

A produção apresentada até aqui nos faz entender que a profissão está inserida na divisão sociotécnica do trabalho, possui status de nível superior, sendo respaldada pelas suas legislações e tendo enquanto balizador para o exercício profissional o código de ética profissional. A matéria prima do Serviço Social são as múltiplas expressões da questão social que se apresentam de diversas maneiras no cotidiano do trabalho do assistente social enquanto demandas dos usuários por condições de subsistência, moradia, vagas nos leitos do SUS, acesso aos medicamentos, denúncia de violações de direitos, entre outros, que tem materialização para suas respostas as políticas públicas sociais propostas pelo Estado.

Posto que o assistente social é um desses profissionais a serem requisitados pelo Estado para atuar na elaboração, gestão e execução das políticas

sociais, assumindo desta maneira uma mediação entre o Estado e os usuários/sujeitos de direitos. Embora a atuação profissional majoritariamente seja no âmbito estatal, também tem enquanto espaço sócio ocupacionais as empresas, as ONGs e movimentos sociais. As políticas de assistência social, saúde e previdência social abrangem em sua maioria enquanto campo de atuação do Serviço Social.

Segundo Alencar e Almeida (2012, p.148;151 e 153) a atuação na esfera pública, empresarial e nas ONGs se materializa nas seguintes ações demandas e requeridas:

[...]ampliam-se demandas e acompanhamento profissional das práticas que ultrapassam o circuito intrainstitucional de realização dos estudos socioeconômicos e de atendimento, via programas, projetos e serviços, em função da ampliação da(s): ações e programas intersetoriais, articulação dos serviços públicos com as instituições privadas(ONGs, filantrópicas e associativas),atividade de assessoria em diferentes níveis dos processos de gestão das políticas públicas, das ações de cunho o intermunicipal ou regional e processos de capacitação, assessoria e acompanhamento das instâncias de controle social.

[...]o desenvolvimento de ações relacionadas aos processos e projetos de empreendedorismo social, gestão social, desenvolvimento sustentável, meio ambiente, responsabilidade social, desenvolvimento comunitário e mobilização e treinamento de voluntariado.

[...] relacionamento direto com a população, no trabalho com famílias e na articulação com a rede socioassistencial pública e privada. [...] processos de mobilização comunitária, educação e formação de quadros técnicos, elaboração de projetos de captação de recursos e participação nas instâncias de controle social e nas redes sociais.

Os campos ocupacionais são arenas de disputas de poder, as correlações de forças serão expressas através das lutas travadas pela classe trabalhadora no interior do cenário político, sendo permeadas pela ideologia burguesa e seus dispositivos diversos que transpassam os determinantes econômicos, políticos, sociais e culturais da sociedade capitalista. O movimento histórico demarcara a conjuntura de avanço dos direitos e refrações testes.

Portanto a atuação profissional não se dá de forma descolada do contexto sócio-histórico no qual está inserido, pois, enquanto classe trabalhadora, o assistente social é submetido às requisições do empregador visto que vende sua força de trabalho, tendo uma relativa autonomia para construir respostas propositivas e criativas frente as demandas colocadas pelos sujeitos. Independente da instituição que o profissional exerce o trabalho, o que deve direcionar suas ações é a sua direção social pautada na defesa intransigente dos direitos humanos e sociais e a partir disso mobilizar os seus saberes éticos-técnicos, para que sua atuação seja qualificada e

imprima diante da sociedade a imagem da profissão atrelada em consonância com projeto societário da classe trabalhadora.

Diante da barbárie vivenciada pela classe trabalhadora com o sucateamento das políticas públicas sociais, o avanço do conservadorismo e do ideário neoliberal, o Serviço Social enquanto categoria profissional fundamentado no seu projeto ético-político possui um arcabouço para atuar na defesa intransigente dos direitos da população usuárias das diversas políticas, buscando por meio de sua atuação, principalmente no assessoramento aos movimentos sociais, conselhos de direitos, buscar uma base de resistência contra hegemônica em defesa dos direitos e sua ampliação se contrapondo aos retrocessos arbitrados pelo governo como o subfinanciamento das políticas e as contrarreformas trabalhistas e sociais conquistadas na Constituição Federal de 1988.

## 2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A política de saúde brasileira por muito tempo foi fragmentada e excludente, deixando grande parte da população à mercê da sua própria sorte, porém, no processo de redemocratização do Brasil, o movimento da reforma sanitária reivindica ao Estado o reconhecimento da saúde enquanto direito universal e dever do Estado, como coloca Bravo (2009, p.9):

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social.

Portanto, a Constituição Federal de 1988 foi uma conquista dos setores da sociedade em busca do reconhecimento dos direitos sociais, entre eles, a saúde. O conceito de saúde reconhecido é o ampliado, conforme Costa (2009, p.319):

Ao reconhecer a saúde como resultante das condições de vida, a obtenção de dados sobre as condições econômicas, políticas, sociais e culturais passa a fazer parte do conjunto dos procedimentos necessários à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença”.

Portanto, a saúde é um conjunto de determinantes e condicionantes, que se expressam nas condições de vida da população, no acesso aos serviços como o de transporte, lazer, saneamento básico, habitabilidade, alimentação, também aborda como se configura as relações e condições de trabalho que estes se inserem, as leis de proteção ao trabalhador, todas essas questões serão refletores tanto do quanto o Estado age em favor ou contra os direitos dos cidadãos e em que medida demandaram dos serviços de saúde a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A seguir será descrito como a política de saúde se organiza, quais suas diretrizes e princípios de acordo com as legislações que são: Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas de Saúde são as leis que regulamentam o Sistema



Único de Saúde (SUS) 8.080/90 e 8.142/90. A Lei 8.080 foi votada em 19 de setembro de 1990.

## 2.1 AS LEGISLAÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE

A Constituição Federal brasileira, no título destinado à ordem social, que tem como objetivo o bem-estar e a justiça social, no seu Art. 6º estabelece que são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição."

Ainda apresenta Seção II DA SAÚDE, nos artigos 196 a 200<sup>1</sup> que a

---

<sup>1</sup> Art. 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.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

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

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

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

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. . (Incluído pela Emenda

saúde é um direito de todos e dever do Estado e dispõe a respeito da organização do SUS, como se dará e inclui a questão do financiamento que será tripartite entre a União, estado e municípios, cada qual correspondente a uma porcentagem, previsto que a União caberá valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual, os estados 12% e respectivamente aos municípios 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde.

Compreende-se de acordo com as legislações apresentadas, que o Sistema Único de Saúde se estrutura nos princípios doutrinários que buscam:

**UNIVERSALIDADE** – É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal.

**EQÜIDADE** – É assegurar ações e serviços de todos os níveis de

---

Constitucional nº 51, de 2006)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006) (Vide Medida provisória nº 297, de 2006) Regulamento § 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.

**INTEGRALIDADE** - É o reconhecimento na prática dos serviços de que:

- cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
- as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas;
- as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

E seus princípios organizativos:

**REGIONALIZAÇÃO e HIERARQUIZAÇÃO** - Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas). O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais, deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

**RESOLUBILIDADE** - É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

**DESCENTRALIZAÇÃO** - É entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de

responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual, e, o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde - é o que se chama municipalização da saúde. Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos.

**PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS** - É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local.

Para melhor identificar quais os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde, a serem desenvolvidas prioritariamente é necessário conhecer as principais características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças mais frequentes, como também em termos das condições socioeconômicas da comunidade, dos seus hábitos e estilos de vida, e de suas necessidades de saúde, sentidas ou não-sentidas, aí incluída, por extensão, a infraestrutura de serviços disponíveis.(BRASIL, 1988).

De acordo com a lei 8080/90, capítulo III da Organização, da Direção e da Gestão<sup>2</sup> a gestão ocorre de forma descentralizada, no âmbito da União será dada

---

<sup>2</sup> Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em

pelo Ministério da Saúde, estados e distrito federal e municípios pela Secretária de Saúde ou órgãos correspondentes.

O que é importante destacar é que o fundo público da política de saúde deve passar pela aprovação dos conselhos de saúde tanto a nível municipal quanto nacional como previsto na Emenda Constitucional 29/2000, Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, no art. 2º: “A transferência de que trata o art. 1º fica condicionada à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no Orçamento do Estado, do Distrito Federal ou do Município”. Para organização das pautas e outros encaminhamentos são realizadas reuniões prévias com a secretaria administrativa, comissão executiva e a comissão de avaliação e acompanhamento do Fundo Municipal de Saúde. Os conselhos, pelo seu papel de grande relevância pública, constituem uma das principais expressões da democracia

---

especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

participativa, integram a gestão administrativa e participam da formulação, planejamento e controle das políticas públicas, contribuindo, assim, para o fortalecimento da relação Estado e Sociedade e para o pleno exercício da cidadania.

## 2.2 A CONTRARREFORMA DO SUS

Desde a luta do movimento da reforma sanitária da década de 1980, há dois projetos em disputa, ou seja, o projeto privatista que prevê uma política de saúde restrita voltada para a mercantilização da saúde e em contrapartida o projeto ampliado que é defendido pelo movimento da reforma sanitária e que está presente na constituição cidadã de 1988, que prevê uma política de saúde pública e universal e de responsabilidade do Estado.

Apesar do sistema único de saúde ser uma conquista constitucional, a partir do ideário neoliberal de 1990, o SUS vem sofrendo as contrarreformas tendo seu pior ataque promovido pelo governo Temer e coroado pelo governo Bolsonaro, através, da Emenda Constitucional 95 e da Emenda Constitucional 103/2019. Como é colocado pelas autoras Bravo, Menezes e Pelaez (2020, p. 196):

Com relação ao financiamento, uma medida drástica do governo foi o congelamento dos gastos, através da EC 95/2016 (BRASIL, 2016a), cujos impactos para a saúde são enormes. O estudo realizado pelo Ipea, por meio da Nota Técnica 28, elaborada por Fabiola Vieira e Rodrigo Benevides (2016), informa que a perda de recursos federais destinados ao SUS é estimada em R\$ 654 bilhões de reais, em 20 anos, em um cenário conservador (crescimento do PIB de 2% ao ano). Com estimativa de crescimento maior (3% ao ano), a estimativa chega a R\$ 1 trilhão. Ou seja, quanto mais a economia brasileira crescer, maior a perda de recursos para a Saúde.

Em relação a EC 95, o Conselho Nacional de Saúde informa que em 2019, a perda de investimento na saúde foi de 20 bilhões e que em contrapartida o Relatório de Riscos Fiscais da União elaborado pela Secretaria do Tesouro Nacional, indica que o envelhecimento populacional exigirá investimento adicional de R\$ 50,7 bilhões em Saúde até 2027. De acordo com Paim (2019, p. 21-22) a contrarreforma:

Na contrarreforma que construíram nos últimos anos, parecem acionar mais uma 'guerra de posição' ou de trincheiras, mantendo parte da Constituição e das leis referentes à saúde, porém sufocando o sistema por meio do garroteamento via teto de gastos (EC-95), terceirizações, reformas trabalhista, previdenciária e administrativa, bem como

desconstitucionalizando direitos por meio de novas propostas de revisão constitucional – PEC 186 Emergencial e PEC 188 do Pacto Federativo. [...]A contração de gastos no setor público faz parte dessa problemática, quando a receita bruta das operadoras que atende cerca de 25% da população é superior ao orçamento do Ministério da Saúde, responsável pela saúde de pelo menos 75% das brasileiras e brasileiros. Enquanto as despesas do SUS aumentaram 0,5% em valores reais entre 2012 e 2016, a receita bruta dos planos e seguros de saúde privados elevou-se em 27%. Assim, em 2016, o per capita da média dos planos foi 2,55 vezes maior que o do SUS.

Ainda é importante destaca que o governo Temer, de acordo com as Bravo, Menezes e Pelaez (2020, p. 196):

[...]destaca-se ainda, dentre os ataques à saúde, a Medida Provisória 839/2018, que estabelece subsídios fiscais de R\$ 9,58 bilhões ao óleo diesel como forma de pôr fim à greve dos caminhoneiros que paralisou o país no final de maio de 2018. A desoneração e consequente abdicação do recolhimento de recursos da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), em especial, trará impacto direto para o financiamento da política de saúde e prestação dos serviços, por se tratar de uma das contribuições basilares para o financiamento da Seguridade Social. Além disso, a política de saúde teve seu orçamento reduzido em R\$ 179 milhões, valor que seria destinados inicialmente ao programa de fortalecimento do SUS, responsável por ações de melhoria da estrutura e da qualidade dos serviços de saúde. Trata-se de mais uma medida que favorece o capital, na disputa pelo fundo público.

A contrarreforma da Previdência Social perpetrada pelo governo Bolsonaro é mais uma demonstração da barbárie e do desmonte do Estado de Direitos, que a longo prazo submeterá milhões de trabalhadores(as) às condições ainda mais precárias no mundo do trabalho, aumentando o tempo de trabalho desconsiderando as condições de saúde e de vida dos trabalhadores, dentre outros agravantes, como o desemprego que segundo o IBGE(2020) atinge 14,1 milhões de pessoas e na informalidade se encontram respectivamente 31,6 milhões, esses dados revelam a inexistência de uma Política de geração de emprego e ainda mais que com a informalização e o desemprego com taxas historicamente elevadas torna-se quase que impossível permanecer empregado e contribuir 40 anos para a Previdência Social, levando em conta que atualmente e segundo as autoras Costa, Lobato e Rizzotto (2019, p. 7):

A reforma do ministro Paulo Guedes é apresentada por meio da Proposta de Emenda à Constituição 06/2019 (PEC-06/2019).

A reforma é mais radical e perversa com os trabalhadores do setor privado, trabalhadores rurais, mulheres e pobres. Os novos critérios de tempo de

contribuição e de idade mínima são extremamente duros considerando-se as desigualdades regionais de expectativa de vida.

O projeto considera a expectativa de vida de 76 anos para os brasileiros, quando se sabe que ela pode ser bem menor em regiões mais pobres e na população com piores condições de vida, seja no meio rural, seja nas periferias das grandes cidades. A exigência de 20 anos de contribuição para a aposentadoria rural, além de 60 anos para homens e mulheres, impede que esses trabalhadores, em especial as mulheres, aposentem-se.

É importante destacar que o governo de Bolsonaro por meio da nota técnica nº 11/2019 que dispõe a respeito dos esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, apresenta um retrocesso na luta do movimento antimanicomial no Brasil, reduzindo a importância dos CAPS e fortalecendo as comunidades terapêuticas, que atuam na perspectiva moralizadora e não de direitos, o Ministério da Saúde também libera a compra de aparelhos de choque elétrico e valoriza os manicômios e com relação à Política de Álcool e outras drogas vai enfatizar a abstinência e desconsidera a importância da Política de redução de danos.

Na saúde primária traz a concepção da valorização do indivíduo vulnerável, desvalorizando o coletivo e busca atuar na focalização, tendo uma atenção primária restrita para as populações mais pobres, alega-se que os recursos são escassos. Criou em 2019 o Programa Médicos pelo Brasil em substituição ao Programa mais médicos que institui a Agência para o Desenvolvimento de Atenção Primária à Saúde, que se configura Autônomo-pessoa jurídica de direito privado, esta agência poderá firmar contratos de prestação de serviços com pessoas físicas ou jurídicas, com a possibilidade de contratação direta dos planos e operadoras para a prestação de serviços de atenção primária; criou a carteira de serviços APS, sendo um rol de procedimentos que reduz o escopo da APS para um modelo clínico e individual e há uma nova proposta de financiamento que não está baseada no censo da população do município e sim no cadastramento, restringindo assim o financiamento.

Ainda na saúde primária tem que ter destaque o Decreto 10531/2020 que institui a estratégia de desenvolvimento para o Brasil no período de 2020 a 2031 sob o comando do Ministério da Economia, reforça-se a parceria com o setor privado e salienta a importância do agronegócio como referência na promoção da saúde e qualidade de vida.

Diante da barbárie desses últimos dois governos, pode-se constatar



que a parceria público-privado são os fundamentos que alicerçam o financiamento e investimentos na política de saúde, visto as isenções de impostos aos setores privados e de serviços sendo orquestrados pelas Organizações Sociais com investimento público, porém, retirando totalmente a concepção de direito e de serviço de qualidade a população. Ainda tendo um desmonte da Previdência Social que desconsidera a desigualdade social do Brasil e colocando o condicionante de 40 anos de trabalho para a aposentadoria integral, onera o trabalhador e consequentemente lança milhões na informalidade, colocado que atualmente, segundo o IBGE, mais 38 milhões de brasileiros estão na informalidade e esse número tende a aumentar visto que o mercado exige cada vez mais de trabalhadores ultra especializados e mesmo o desemprego permanecera visto que é estrutural da sociedade capitalista.

Atualmente, segundo dados do IBGE de 2019, cerca de 150 milhões de brasileiros dependem exclusivamente do SUS para tratamento, ou seja, 80% da população, ainda segundo dados do Conselho Nacional de Secretarias da Saúde, atualmente o Brasil conta com 45 mil Equipes de Saúde da Família que atuam em 40 mil Unidades Básicas de Saúde, 4700 hospitais públicos ou conveniados e 32 mil leitos de UTI via SUS. No ano passado, foram realizadas 330 milhões de visitas domiciliares e 3,7 bilhões de atendimentos ambulatoriais essas informações deixam evidente que o Sistema Único de Saúde é essencial para os cidadãos e para a garantia da saúde na sua integralidade, porém, o desfinanciamento da Política de Saúde acarreta problemas como a precarização das condições de trabalho, da infraestrutura, da disponibilização do serviços, refletindo claramente na qualidade dos serviços de saúde, deixando claro que o que deve ser revisto é o financiamento do SUS e o investimento tanto na infraestrutura quanto nos recursos humanos para que a população usuária tenha um acesso integral e qualificado à saúde, porém, para isso é imprescindível a compreensão da saúde enquanto um direito de todos e dever do Estado e não como mercadoria de mercado.

## 2.3 O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

O Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho é um produto histórico e sofre os rebatimentos do contexto histórico, econômico e político, portanto, diante disso, o campo sócio-ocupacional da saúde constitui desde a suas protoformas até o momento atual da contrarreforma do SUS. Nas décadas de 1930 até a Constituição Federal a atuação do assistente social deu numa perspectiva higienista e moralizante, pautada segundo Martinelli (2003) no trinômio higiene, saúde e educação, com a abordagem individual e ações voltadas no ajustamento dos comportamentos desconsiderando desta forma os determinantes sociais do processo saúde e doença como as condições de habitabilidade, trabalho, saneamento básico, dentre outros, que consequentemente impactam na saúde da população que buscavam os serviços de saúde da época.

Segundo Martinelli (2003) a nossa identidade profissional será balizada no campo dos direitos e da proteção social a partir do nosso projeto ético-político e da Constituição Federal de 1988 e que se expressará através das ações profissionais nas seguintes áreas: cuidados, gestão, políticas, produção do conhecimento, ensino e pesquisa.

Para autora referida a materialidade dessas ações se dará na atuação do assistente social nos Hospitais-escola que demandam do profissional a mobilização das dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, pois, ainda conforme Martinelli (2003, p. 14):

A rigor, o que realizamos na área dos cuidados guarda profunda relação com as políticas, com a gestão, com a produção de conhecimentos, enfim com o conjunto das áreas. Portanto, não é exagero afirmar que o Serviço Social permeia a estrutura organizacional como um todo, participando da malha de interações que se processa no contexto hospitalar. Contudo, pelas peculiaridades de que se reveste a sua ação interventiva no campo das relações sociais, e pela própria forma de ser de sua identidade, onde se articulam dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas, o Serviço Social tem uma contribuição essencialmente importante na perspectiva da realização de processos de trabalhos interdisciplinares que tenham por referência os sujeitos sociais com os quais atuamos.

Martinelli (2003) ainda enfatiza a importância do estágio, da pesquisa e da formação continuada para a profissão, pois, somente dessa forma nossa atuação será crítica e poderá ter um construto para o conhecimento da realidade dos sujeitos que são usuários da política de saúde e que o profissional enquanto sujeito político

poderá construir coletivamente propostas de ações que visem a perspectiva da defesa dos direitos da população usuária.

Em consonância com Martinelli (2003) o Conselho Federal de Serviço Social em 2010 elaborou um documento intitulado: “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, tendo enquanto finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde”, com colocações imprescindíveis para uma atuação crítica e qualificada diante do contexto de desmonte e contrarreformas dos direitos, em particular, na política da saúde. Portanto nesse documento do CFESS (2010, p. 14) “constam que os assistentes sociais atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

O atendimento direto aos usuários se dá em todos os espaços sócio-ocupacionais do assistente social na saúde, segundo CFESS (2010, p. 42) as ações predominantes são no atendimento direto e são de cunho “socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. Essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis”. Dentre essas ações a investigação, o planejamento, a mobilização e participação social dos usuários da perspectiva da defesa dos direitos se mostram inerentes e transversal, e também a supervisão direta dos estudantes de Serviço Social se inclui, enquanto, um processo de formação e aprendizado importantíssimo. Segundo o CFESS (2010, p. 44-45):

- democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
- enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
- facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;

- conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
- formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;
- elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
- buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;
- emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009.

A mobilização, participação e controle social exige do profissional ações de acordo com CFESS (2010, p. 57):

[...]voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde.

Essas ações sempre devem se dar na perspectiva que visem a articulação e a participação dos trabalhadores nos conselhos de saúde, conferências e fóruns e que as demandas trazidas pelos sujeitos sejam coletivas e conjuntamente se faça a elaboração de respostas que vão ao encontro dos direitos sociais e da defesa da saúde enquanto um direito de todos e dever do Estado. Como colocado pelo CFESS (210, p. 59-60):

- estimular a participação dos usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde;
- mobilizar e capacitar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas;
- contribuir para viabilizar a participação de usuários e familiares no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e na política local, regional, municipal, estadual e nacional de saúde;
- articular permanentemente com as entidades das diversas categorias profissionais a fim de fortalecer a participação social dos trabalhadores de saúde nas unidades e demais espaços coletivos;
- participar da ouvidoria da unidade com a preocupação de democratizar as questões evidenciadas pelos usuários por meio de reuniões com o conselho diretor da unidade bem como com os conselhos de saúde (da unidade, se

houver, e locais ou distritais), a fim de coletivizar as questões e contribuir no planejamento da instituição de forma coletiva;

- participar dos conselhos de saúde (locais, distritais, municipais, estaduais e nacional), contribuindo para a democratização da saúde enquanto política pública e para o acesso universal aos serviços de saúde;
- contribuir para a discussão democrática e a viabilização das decisões aprovadas nos espaços de controle social e outros espaços institucionais;
- estimular a educação permanente dos conselheiros de saúde, visando ao fortalecimento do controle social, por meio de cursos e debates sobre temáticas de interesse dos mesmos, na perspectiva crítica;
- estimular a criação e/ou fortalecer os espaços coletivos de participação dos usuários nas instituições de saúde por meio da instituição de conselhos gestores de unidades e outras modalidades de aprofundamento do controle democrático;
- incentivar a participação dos usuários e movimentos sociais no processo de elaboração, fiscalização e avaliação do orçamento da saúde nos níveis nacional, estadual e municipal;
- participar na organização, coordenação e realização de préconferências e/ou conferências de saúde (local, distrital, municipal, estadual e nacional);
- democratizar junto aos usuários e demais trabalhadores da saúde os locais, datas e horários das reuniões dos conselhos de políticas e direitos, por local de moradia dos usuários, bem como das conferências de saúde, das demais áreas de políticas sociais e conferências de direitos;
- socializar as informações com relação a eleição dos diversos segmentos nos conselhos de políticas e direitos;
- estimular o protagonismo dos usuários e trabalhadores de saúde nos diversos movimentos sociais;
- identificar e articular as instâncias de controle social e movimentos sociais no entorno dos serviços de saúde

A investigação, planejamento e gestão exige um conjunto de ações na perspectiva da gestão democrática que buscam de forma intersetorial potencializar a gestão em prol dos direitos sociais dos usuários e trabalhadores de saúde. A atuação do assistente social seja no planejamento, gestão e coordenação de equipes nos projetos e programas deve estar embasada como coloca CFESS (2010, p. 60) “[...]pela realização de estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida e as demandas da classe trabalhadora, além dos estudos sobre o perfil e situação de saúde dos usuários e/ou coletividade”. As ações de acordo com CFESS (2010, p. 62-63) são:

- elaborar planos e projetos de ação profissional para o Serviço Social com a participação dos assistentes sociais da equipe;
- contribuir na elaboração do planejamento estratégico das instituições de saúde, procurando garantir a participação dos usuários e demais trabalhadores da saúde inclusive no que se refere à deliberação das políticas;
- participar da gestão das unidades de saúde de forma horizontal, procurando garantir a inserção dos diversos segmentos na gestão;
- elaborar o perfil e as demandas da população usuária por meio de documentação técnica e investigação;
- identificar as manifestações da questão social que chegam aos diversos espaços do Serviço Social por meio de estudos e sistema de registros;

- realizar a avaliação do plano de ação por meio da análise das ações realizadas pelo Serviço Social e pela instituição (em equipe) e os resultados alcançados;
- participar nas Comissões e Comitês temáticos existentes nas instituições, a saber: ética, saúde do trabalhador, mortalidade materno-infantil, DST/AIDS, humanização, violência contra a mulher, criança e adolescente, idoso, entre outras, respeitando as diretrizes do projeto profissional do Serviço Social;
- realizar estudos e investigações com relação aos determinantes sociais da saúde;
- identificar e estabelecer prioridades entre as demandas e contribuir para a reorganização dos recursos institucionais por meio da realização de pesquisas sobre a relação entre os recursos institucionais necessários e disponíveis, perfil dos usuários e demandas (reais e potenciais);
- participar de estudos relativos ao perfil epidemiológico e condições sanitárias no nível local, regional e estadual;
- realizar investigação de determinados segmentos de usuários (população de rua, idosos, pessoas com deficiências, entre outros), objetivando a definição dos recursos necessários, identificação e mobilização dos recursos existentes e planejamento de rotinas e ações necessárias;
- fortalecer o potencial político dos espaços de controle social por meio de estudos em relação aos mesmos a fim de subsidiá-los com relação às questões enfrentadas pelos conselhos na atualidade;
- participar de investigações que estabeleçam relações entre as condições de trabalho e o favorecimento de determinadas patologias, visando oferecer elementos para a análise da relação saúde e trabalho;
- realizar estudos da política de saúde local, regional, estadual e nacional.
- fornecer subsídios para a reformulação da política de saúde local, regional, estadual e nacional, a partir das investigações realizadas;
- criar estratégias e rotinas de ação, como por exemplo fluxogramas e protocolos, que visem à organização do trabalho, à democratização do acesso e à garantia dos direitos sociais;
- integrar a equipe de auditoria, controle e avaliação, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados, tendo como referência os projetos da reforma sanitária e o ético-político profissional;
- sensibilizar os gestores da saúde para a relevância do trabalho do assistente social nas ações de planejamento, gestão e investigação.

A assessoria, qualificação e formação profissional envolvem ações voltadas ao aprimoramento profissional de trabalhadores de saúde, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários e também a formação de estudantes da área da saúde e residentes e também prestando assessoria. O objetivo das ações visa a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Enquanto preocupação central na formação profissional, CFESS (2010, p. 64) enfatiza que:

[...]a formação profissional é o trabalho interdisciplinar e os princípios do SUS: universalidade, integralidade, participação social. Nessa direção, o debate com relação à revisão do modelo assistencial centrado na doença para o modelo assistencial voltado para a saúde é fundamental, bem como a gestão democrática, pública e universal. Essa diretriz deve nortear também a educação permanente.

A assessoria é uma ação desenvolvida por um profissional com conhecimento da área que toma a realidade como objeto de estudo e detém uma intenção de alterá-la.

As principais ações desse eixo de acordo com o CFESS (2010, p. 64-65) são:

As principais ações a serem realizadas neste âmbito são:

- fortalecer o controle democrático por meio da assessoria aos conselhos de saúde, em todos os níveis;
- formular estratégias coletivas para a política de saúde da instituição, bem como para outras esferas por meio da organização e coordenação de seminários e outros eventos;
- criar campos de estágio e supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social e estabelecer articulação com as unidades acadêmicas;
- participar ativamente dos programas de residência, desenvolvendo ações de preceptoria, coordenação, assessoria ou tutoria, contribuindo para qualificação profissional da equipe de saúde e dos assistentes sociais, em particular;
- participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos, investigações realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde;
- participar e motivar os assistentes sociais e demais trabalhadores da saúde para a implantação/implementação da NOBRH/SUS, nas esferas municipal, estadual e nacional;
- qualificar o trabalho do assistente social e/ou dos demais profissionais da equipe de saúde por meio de assessoria e/ou educação continuada;
- elaborar plano de educação permanente para os profissionais de Serviço Social, bem como participar, em conjunto com os demais trabalhadores da saúde, da proposta de qualificação profissional a ser promovida pela instituição;
- criar fóruns de reflexão sobre o trabalho profissional do Serviço Social, bem como espaços para debater a ação dos demais profissionais de saúde da unidade;
- assessorar entidades e movimentos sociais, na perspectiva do fortalecimento das lutas em defesa da saúde pública e de qualidade.

Independente do eixo de atuação do assistente social o documento deixa evidente que a perspectiva defendida é a defesa intransigente dos direitos humanos e sociais e a defesa do SUS enquanto um direito universal e dever do Estado. Ainda tendo enquanto balizador do exercício profissional a concepção ampliada de saúde que considera as condições de vida da população e seus determinantes econômicos, políticos e culturais, não havendo possibilidade de descolar a realidade social dos sujeitos dentro de uma sociedade capitalista, em particular num país que mantém um alto índice de concentração de renda e desigualdade regional e social, com certeza esses fatores incidem na saúde da população que adoece pelo desmantelamento e desfinanciamento das políticas públicas e sociais, como a falta de condições dignas de habitação, saneamento básico, alimentação, lazer, educação e ainda sofrem com a desregulamentação das leis trabalhistas sendo obrigados a se sujeitarem a trabalhos extenuantes com baixos salários e péssimas condições de trabalho. Krüger (2010, p. 143) corrobora que:

Na prática cotidiana as requisições imediatas da fome, da dor, do sofrimento, da violência e da doença, as mediações com a universalidade estão submersas e veladas. O desocultamento das demandas cotidianas requer um procedimento cognitivo que não significa o abandono da empiria, mas a busca de suas leis universais. A prática do Serviço Social de acordo com esta perspectiva possibilita que a profissão ultrapasse os limites da subalternidade histórica e permite outras formas de legitimidade profissional, que não àquela dada apenas pelo empregador e gestores de serviços públicos. E nesse caso temos o grande desafio de trabalhar na direção entre o SUS legal e o SUS real.

Em consonância com a autora, Bravo (1996) afirma que há a disputa de dois projetos na política de saúde, sendo o SUS universal e o privatista, posto, que atualmente a parceria público-privada da saúde perpassa desde exames de alto custo até a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares que é privada, tendo enquanto objetivos a gestão pautada na eficiência e que de acordo com Pinheiro (2019, p. 7) tendo como consequências:

Como resultado, a análise dos estudos selecionados demonstrou que a presença da EBSEH nos Hospitais Universitários Federais gerou efeitos para a gestão dos recursos humanos, tais como: (a) A EBSEH realizou novas contratações, porém, a reestruturação da força de trabalho se deu parcialmente e não houve a substituição plena dos terceirizados na maioria das instituições. (b) A presença do hibridismo contratual – CLT/EBSEH e RJU, tornou-se um fator limitador da gestão, pois flexibilizou os vínculos de trabalho e os direitos legal-trabalhistas, a exemplo da possibilidade da rescisão contratual unilateral dos funcionários EBSEH, gerando conflitos entre os pares. (c) E a presença das condições adversas de trabalho como a comunicação incipiente e deficitária; fragmentação e fragilização da classe trabalhadora e a presença de um ambiente hostil de trabalho resultaram na construção de um trabalhador individualizado e egoísta, ocasionando afastamentos, desligamentos e até mesmo, adoecimentos de alguns trabalhadores.

O assistente social está imerso nesse cenário de desmonte da política de saúde, em todos os espaços sócio-ocupacionais de acordo com o CFESS (2010, P.41):

diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira a partir das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal.

Portanto, os rebatimentos do desmonte dos direitos reflete como um todo na política de saúde, porém, foi dado ênfase no âmbito hospitalar, visto que é a



temática do trabalho. Diante do que foi apresentado o que se destaca é que o assistente social deve balizar seu exercício profissional lançando mão do arcabouço teórico-metodológico, ético-político é técnico-operativo alinhado na defesa do movimento da Reforma Sanitária e na defesa de um SUS público e universal e ir além construir conjuntamente enquanto categoria profissional com a classe trabalhadora estratégias contra os ataques aos direitos já conquistados e a ampliação destes.

### **3 O SERVIÇO SOCIAL: REQUISIÇÕES, DEMANDAS E RESPOSTAS PROFISSIONAIS APRESENTADAS NO COTIDIANO PROFISSIONAL**

Este capítulo tem por objetivo apresentar os dados empíricos da pesquisa. Para melhor análise e visualização dos dados, o capítulo será estruturado em três momentos: no primeiro momento será apresentado uma análise institucional e do Serviço Social para que o leitor conheça a instituição e localize o Serviço Social, segundo momento será apresentada as requisições, demandas e respostas profissionais e no terceiro momento a apresentação e análise dos eixos empíricos.

#### **3.1 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA: BREVE CARACTERIZAÇÃO**

De acordo com relatório das atividades desenvolvidas no HU-UEL - ano de 2016<sup>3</sup>, o HU-UEL é um Órgão Suplementar da Universidade Estadual de Londrina – UEL que, por sua vez, foi constituída na forma de Autarquia, conforme Lei Estadual n.º. 9.663 de 16/07/1991. Está vinculado administrativamente à Reitoria da Universidade e academicamente ao Centro de Ciências da Saúde (CCS), tendo sido implantado como Hospital-Escola em 24/03/1970, mediante a assinatura de convênio entre o Pronto Socorro Municipal e a Universidade e ativado como Hospital Universitário em 1º de agosto de 1971. No Norte do Paraná, é o único hospital público de grande porte, Centro de Referência Regional para o Sistema Único de Saúde, atendendo exclusivamente a esse sistema. Dispõe de Regimento próprio, aprovado pelo Conselho de Administração da UEL por meio da Resolução n.º 1.969/92, de 06 de maio de 1992, subordinando-se ainda, no que couber, ao Estatuto e Regimento Geral da UEL. É objetivo regimentalmente expresso do HU-UEL atender e dar suporte a atividades acadêmicas, assistenciais e administrativas desenvolvidas na UEL para

---

<sup>3</sup> Este tópico foi escrito a partir da análise dos seguintes documentos: Santos, Bruna Evelin da Silva. Plano de Estágio de Serviço Social. Londrina, 2019.

NARCISO, Argéria Maria Serraglio, et al. Plano de Ações do Serviço Social no Hospital Universitário de Londrina 2019/2022. Londrina, 2020.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário. Divisão de SAME/Seção de Estatística do HU. Quadro de Internações e atendimentos de Pronto Socorro 2018. Londrina, 2020.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário. Planejamento Estratégico Institucional 2004/2005. Londrina, 2020.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário. Plano Diretor 2019/2020. Londrina, 2020.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário. Relatório de Atividades 2016. Londrina, 2020.

a área da saúde.

De acordo com o Plano Diretor 2019-2020, O HU-UEL, como hospital terciário público de ensino, ocupa posição estratégica para o Sistema de Saúde Regional e Estadual. É referência em média e alta complexidade para a 17ª Regional de Saúde, Macrorregional Norte, além de vários municípios da Macrorregional Noroeste, abrangendo uma população aproximada de 3.481.000 pessoas, que são beneficiadas pelos serviços de excelência aqui prestados. Possui como missão: “prestar assistência integral à saúde, com excelência e qualidade, participando na prática de ensino, pesquisa e extensão, integrado ao SUS, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população”.

A administração do HU é centralizada na Diretoria Superintendente e nas diretorias Administrativa, Clínica e de Enfermagem que seguem as deliberações e diretrizes do Conselho Diretor (Vice-Reitor da UEL). As diretorias possuem divisões e estas os setores.

O HU-UEL, como hospital terciário público de ensino, ocupa posição estratégica para o Sistema de Saúde Regional e Estadual. É referência em média e alta complexidade para a 17ª Regional de Saúde, Macrorregional Norte, além de vários municípios da Macrorregional Noroeste, abrangendo uma população aproximada de 3.481.000 pessoas, que são beneficiadas pelos serviços de excelência aqui prestados. Todavia, nos registros de seu Serviço de Arquivo Médico e Estatística, Serviços de Recursos Humanos e de atendimento à academia constam pacientes, alunos, colaboradores e docentes oriundos de todas as Regionais de Saúde do Paraná e de todas as regiões do País, circunstância que avoluma a abrangência inicial de seu alcance e atuação.

A capacidade instalada para internações que são realizadas pelas diversas especialidades médicas compreende 291 leitos, todos a disposição do SUS, distribuídos em suas unidades de internação (185 leitos), UTI adulto (17 leitos), UTI pediátrica (05 leitos), UCI e UTI Neonatal (20 leitos), pronto socorro (48 leitos) e unidade de queimados (16 leitos).

O Pronto Socorro do H.U mantém regime de plantão permanente, oferecem atendimentos gerais e especializados nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Ortopedia, Traumatologia. Além desses serviços conta com atendimento de alta complexidade, Hemocentro Regional, Fisioterapia, UTIs (adultos, pediátrica e neonatal), Banco de leite humano, Centro de

Controle de Intoxicação, Núcleo de Vacinação e ambulatório de Quimioterapia. O Hospital Universitário é referência para atendimento nas áreas de alta complexidade: Transplante de córneas, Ortopedia, Neurocirurgia, Videolaparoscopia, Implante de marca-passo definitivo, AIDS, busca ativa e abordagem de possível doador de órgãos para transplantes, Centro de Tratamento de Queimados, transplante de medula óssea, UTI para Neonatos, crianças, adultos e banco de tecido ocular humano. Ressaltamos a referência hospitalar em atendimento terciário a gestação de alto risco.

O Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário (AEHU), também integrante do complexo, foi inaugurado em maio de 1994 e está situado no Campus Universitário da UEL. É destinado aos atendimentos ambulatoriais e abrange diversas especialidades médicas e multiprofissionais, além de atender 37 especialidades médicas e categorias profissionais como: enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia, fonoaudiologia e farmácia-bioquímica.

O acesso ao atendimento no AEHU se dá pelo Sistema de Gestão SUS, centralizado na Secretaria de Saúde do município de Londrina. O sistema é referenciado pelas Unidades Básicas de Saúde locais, Pronto Socorro e Enfermarias do HU e, também, pelas Secretarias de Saúde dos municípios da 17ª Regional de Saúde e de outras regionais, através do sistema de Tratamento Fora do Domicílio (TFD). (NARCISO et al, 2019, p. 10).

São os usuários do Sistema Único de Saúde, ou seja, não possui uma população específica, sendo possível através do programa AMBHOS a sistematização estatística de alguns dados, não sendo possível trazer dados como renda e escolaridade.

Os perfis mais recentes dos usuários atendidos no HU são de 2017 e de 2018. A partir de dados obtidos junto a Seção de Estatística do HUL, foi possível levantar características dos usuários e dos atendimentos prestados no ambulatório, urgência e internação (AMBHOS/HU/2018).

A origem dos usuários em sua maioria é proveniente de 22 Regionais de Saúde do Paraná, que abrange 260 municípios. Destes, 90,31% são provenientes da 17ª Regional de Saúde Londrina, 6% das Regionais de Cornélio Procopio, Jacarezinho e Ivaiporã, que pertencem à macrorregião de Londrina, e 4% das demais regionais de saúde e de outros Estados, totalizando 371 municípios atendidos.

No ambulatório do AEHU em 2017 foram realizados 91.330 atendimentos e em 2018 foram 101.118 consultas médicas, com predomínio das

especialidades: oftalmologia, dermatologia, ortopedia, obstetrícia, cardiologia, pediatria, urologia, moléstias infecciosas, endocrinologia, neurocirurgia, neurologia, otorrino, pneumologia e psiquiatria. Salienta-se que, no ano de 2018, algumas clínicas foram transferidas do HU para o AEHU, o que contribui para esse aumento.

O HU concentrou o atendimento ambulatorial nos seguintes setores: hemocentro, quimioterapia, hemodinâmica, cirurgia plástica de queimados, tratamento dialítico e transplante de medula óssea.

Nessa modalidade, o HU em 2017 realizou 25.897 atendimentos e em 2018 totalizou 14.340. No ambulatório do HU, em 2017, o maior número de atendimentos foi das clínicas de ortopedia, cardiologia, otorrino, moléstias infecciosas e hematologia, seguidas de atendimento nos setores de quimioterapia, hemocentro, CTQ, TMO e diálise.

Quanto à urgência no pronto socorro, em 2017 foram atendidos 23.078 com média de 1.923/mês e em 2018, 25.485 com média de 2.123/mês. Já os percentuais do fluxo de atendimento por clínica em 2018 foram: PSO 33,36%, PSC 26,76%, PSM 18,91%, PSP 15,21%, PSORT 5,23% e PSCQ 1,13%. Quanto ao sexo dos usuários atendidos na Unidade de Pronto Socorro em 2018, a maioria foi do sexo feminino, representando 62,6 % e, conseqüentemente, 37,4% foram do sexo masculino.

Com relação à faixa etária, a idade predominante foi dos 19 aos 60 anos, atingindo 59,8%. Esse percentual foi seguido por 18,8% dos que tinham de 0 a 11 anos, 14,4% dos que tinham acima de 60 anos e 7% de 12 a 18 anos. Prevaleram os solteiros com 48,6%, seguido dos casados com 32,9%. Em relação à procedência dos usuários da urgência, 92,33% são de municípios que integram a 17ª Regional de Saúde de Londrina, sendo que a maioria (70,28%) reside em Londrina, 7,20% de outras regionais de saúde do Paraná e 0,47% de outros estados.

Conforme os dados existentes, a partir de 2008 observou-se um aumento ascendente no número de internações, com pequenas variações dependendo do ano. Em 2017, totalizaram 12.745 com média mensal de 1.062 e, em 2018, o número de internações subiu para 13.986 com média mensal de 1.165/mês. As clínicas que mais internaram foram: PSM 21%, PSC 17%, PSO 16%, PSP 6,65%, Ortopedia 6,59%, Neonatologia 5,20%, Urologia 3,22% e PS-Ortopedia 2,74%, verificando a predominância das mesmas clínicas em anos anteriores com pequenas variações (AMBHOS/HU/2018).

Com relação à procedência dos usuários internados, no ano de 2018, a grande maioria foi proveniente dos municípios componentes da 17ª Regional de Saúde, totalizando 86,30%. Em sua maioria, são de Londrina, sendo 57,27% dos atendimentos. Outras regionais de saúde totalizaram 13,21%, e outros estados totalizaram 0,49%. Quanto à origem dos encaminhamentos para internação, houve o predomínio da procura direta, com 23%, seguida de 18,5% encaminhados pelo AEHU, 12,5% do Serviço Móvel de Urgência, 9% da Central de Leitos, 8% do Ambulatório do HU e 6% do PSHU.

No que se refere ao sexo dos usuários internados no HU, no ano de 2018, também predominou o sexo feminino com 53,4%, seguido de 46,6% do sexo masculino. Quanto ao estado civil dos internados nesse período, predominaram os solteiros com 44,2%, seguidos de 34,6% casados. Quanto à faixa etária, a maior proporção foi de 19 a 60 anos, equivalendo a 52,8%; na sequência, 22,7% acima de 60 anos, 19,1% de 0 a 11 anos e 5,4% de 12 a 18 anos. Constata-se maior número de internações por jovens e adultos.

No que condiz ao financiamento do Hospital Universitário de Londrina, este está ligado ao Ministério da Saúde, recebe recursos financeiros do Governo Estadual do Paraná e do Município de Londrina. Os recursos são insuficientes para suprir totalmente as demandas, implicando na diminuição das vagas para os usuários e na baixa qualidade dos serviços prestados. Em virtude de recursos escassos, pode-se notar a terceirização de alguns serviços e funcionários trabalhando pelo regime de contrato e não via concurso público. (NARCISO et al, 2019, p.10).

### 3.1.1 A CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO

De acordo com o com o Plano de Ação do Serviço Social (2019-2022, p. 01)<sup>4</sup>, o Serviço Social iniciou suas atividades no Hospital Universitário de Londrina

---

<sup>4</sup> Este tópico foi escrito a partir da análise dos seguintes documentos: NARCISO, Argéria Maria Serraglio, et al. Plano de Ações do Serviço Social no Hospital Universitário de Londrina 2019/2022. Londrina, 2020.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário. Divisão de SAME/Seção de Estatística do HU. Quadro de Internações e atendimentos de Pronto Socorro 2018. Londrina, 2020.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário. Planejamento Estratégico Institucional 2004/2005. Londrina, 2020.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário. Plano Diretor 2019/2020. Londrina, 2020.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário. Relatório de Atividades 2016. Londrina, 2020.

em 01/08/1971. À época, era vinculado à Diretoria Superintendente como assessoria e compreendia os setores: Administrativo, Técnico, Voluntariado, Banco de Olhos, Casa do Renal Crônico e Humanização. A equipe era composta por 2 Assistentes Sociais, 11 Auxiliares Sociais, 1 Escriturário e 3 Recreacionistas, tendo como foco de trabalho a seleção médica e socioeconômica dos usuários pelo Serviço Social de Triagem.

O objetivo inicial do Serviço Social era oferecer melhores condições de trabalho aos funcionários, mobilizar a participação da comunidade no atendimento aos objetivos do hospital e dar condições ao paciente quanto à aquisição de medicação.

Com o passar dos anos, mais especificamente em 1983, com a contratação de uma nova assistente social e com a assessoria do Departamento de Serviço Social da UEL, houve uma reestruturação do trabalho profissional. Uma das ações foi na perspectiva de criar uma identidade das atribuições privativas do Assistente Social, principalmente pela falta de clareza que existia quanto à função do assistente social e dos auxiliares sociais.

Como resultado, foi feito um trabalho de base com ampliação do número de assistentes sociais. Conseguiu-se um novo status do trabalho, alterando-o de Setor para Divisão de Serviço Social dentro do organograma geral do Hospital Universitário, com vinculação administrativa direta à Diretoria Clínica do HU.

Desde então, a Divisão tornou-se responsável pelo planejamento, organização, coordenação, administração, execução e deliberação do trabalho técnico profissional na área de Serviço Social, junto aos usuários e familiares, Equipes interdisciplinares, Recreação, Voluntariado e Estágio de Serviço Social.

Com base no Planejamento Estratégico de 2004, foi definido a seguinte Missão do Serviço Social do HU (SERVIÇO SOCIAL, 2004):

Atuar junto à população nas expressões da questão social que interferem no processo saúde-doença, através de ações educativas, preventivas e de assistência, com excelência e qualidade, integrando equipes multiprofissionais, desenvolvendo estudos e pesquisa na área social, articulando-se com recursos da comunidade, visando à melhoria da qualidade de vida desta população e o exercício da cidadania.

Quanto à estrutura organizacional da Divisão de Serviço Social do HU, no último Plano de Ação 2005/2006, constava a seguinte estrutura:

1. Trabalho Técnico-profissional do Assistente Social no HU e

AEHU, junto aos usuários, familiares, comunidade e equipe profissional, desenvolvido em 27 Projetos de Atuação do Assistente Social;

2. Serviço de captação de doadores de sangue e de medula óssea - Hemocentro;
3. Estágio de Serviço Social;
4. Programas Hospitalares – Voluntariado, Casa de Apoio do HU, Recreação Hospitalar, SAREH;
5. Serviço de Apoio administrativo HU/AEHU: Serviço de Atendimento ao Usuário/HU (aviso de óbito, concessão de benefícios, secretaria, dentre outros); Serviço Social Agendamento de Exames– SSA/AEHU.

A partir de 2010, com o início da redução no número de profissionais no Hospital Universitário de Londrina devido a licenças especiais e aposentadorias e, em razão da não contratação pelo governo do Estado do Paraná para substituição de recursos humanos que saíram da Universidade Estadual de Londrina – UEL houve uma redução de 60% do número de profissionais que compunham o quadro de pessoal do Serviço Social. Tal situação prejudicou as ações profissionais e refletiu negativamente na ampliação e na continuidade de programas e ações profissionais desenvolvidos na área de Serviço Social.

Para tentar contornar a falta de recursos humanos, uma das alternativas encontradas foi a redução de dias e horários de atendimento dos técnicos administrativos lotados na Divisão de Serviço Social, além da interrupção de atendimento em alguns setores e da transferência de atividades realizadas por técnicos administrativos que não eram específicas do Serviço Social. Essas, condicionadas a cessão de 3 servidores técnicos administrativos para as divisões de radiologia, hemocentro e SAME.

Quanto ao trabalho do Assistente Social, foi definido em 2014 e 2015 que alguns projetos e atividades até então sistematizados seriam suspensos, como no HEMOCENTRO e CIHDOTT. Cabe ressaltar que até 2015 houve, no HU, uma redução de 70% do quadro funcional: eram nove assistentes sociais efetivas e passaram a ser três.

A redução de assistentes sociais impactou em queda do número de atendimentos, em falta de condição para participação representativa nas Comissões Internas do HU/ UEL, nos Conselhos de Direitos e nas Comissões externas (inclusive representando o HU) e em suspensão do trabalho sistematizado, limitando o alcance



da abrangência do trabalho.

Como estratégia para a manutenção do atendimento social no HU, devido ao pequeno número de assistentes sociais, contou-se com a cobertura em alguns períodos dos assistentes sociais do AEHU, o que provocou redução do número de profissionais daquele local também.

Nesse contexto, como alternativa de ampliação dos atendimentos foi implantada a Residência na área de Serviço Social. Foram duas residentes em 2015-2016 (HU) e duas em 2017-2018 (HU/AEHU), na modalidade de Residência Técnica, pelo convênio da UEL com a Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).

Apesar dessas estratégias, não foi possível garantir a presença do Assistente Social em todas as equipes multiprofissionais e em todos os serviços regulamentados por normas do Ministério da Saúde/ANVISA, embora fosse exigência na contratualização do HU com o gestor SUS.

No final de 2016, com base no cenário preocupante e com o apoio do CRESS, foi negociada com a direção do hospital a contratação de duas assistentes sociais na modalidade de chamamento público, modalidade essa já aplicada às outras áreas do HU. Essas permaneceram até abril de 2018, quando o contrato foi encerrado. Após novas negociações da Divisão do Serviço Social com a atual diretora superintendente do HU (2018-2022), no final de 2018 foram autorizados quatro contratos por terceirização nos meses de março e abril de 2019, sendo três de reposição e um para atuação junto ao Núcleo Interno de Regulação (NIR). O NIR "[...] é uma Unidade Técnico-Administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar" (BRASIL, 2017, p.7).

Com as contratações, os recursos humanos que atualmente compõem a equipe da Divisão de Serviço Social, contam com um total de 15 servidores. São assim distribuídos: HU (quatro Assistentes Sociais concursadas, três Assistentes Sociais pela modalidade de Chamamento Público e dois técnicos administrativos concursados) e AEHU (três Assistentes Sociais concursadas, uma Assistente Social na modalidade de Chamamento Público e dois técnicos administrativos concursados).

A gestão (2019) da Divisão do Serviço Social envolve a coordenação, organização e supervisão dos serviços abaixo denominados:

- Atendimento Socioassistencial;

- Serviço Administrativo-Organizacional;
- Voluntariado;
- Estágio Curricular de Serviço Social;
- Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar

SAREH;

Os objetivos do Serviço Social no HU/AEHU:

- Trabalhar os desdobramentos da questão social que interferem e/ou determinam o processo saúde-doença na perspectiva da integralidade, acolhimento e atendimento humanizado.
- Contribuir para a efetivação da assistência integral por meio do conhecimento da realidade dos usuários e identificação dos aspectos sociais que interferem nas condições de saúde;
- Socializar conhecimentos específicos junto à equipe multiprofissional, favorecendo a integralidade do atendimento ao usuário;
- Propiciar um processo reflexivo sobre as questões relacionadas à saúde e à cidadania, com vistas à participação e à autonomia dos usuários na perspectiva de educação, prevenção, proteção, organização e mobilização;
- Incentivar a mobilização e a participação dos usuários junto a grupos, movimentos sociais, ONGs, instâncias representativas e demais órgãos da sociedade civil e poder público, favorecendo a participação social;
- Desenvolver ações investigativas e de gestão de serviços e ações, com vistas ao aprimoramento dos processos de trabalho;
- Contribuir no processo de formação profissional de acadêmicos e na capacitação de servidores, voluntários e comunidade externa,
- Planejar, executar, acompanhar e avaliar programas/projetos sociais e assessorar a direção do HU nas questões afetas ao Serviço Social.

O profissional de Serviço Social no contexto das instituições, enquanto sujeito de gestão, pode atuar em três eixos, articulados entre si: político-

organizativo, planejamento e gestão e o socioassistencial (MIOTO, 2010).

A gestão no Serviço Social engloba funções de planejamento, organização, execução, acompanhamento e avaliação de políticas sociais, programa e projetos, e serviços voltados aos usuários, para atender as demandas e as necessidades dos cidadãos que são reconhecidas como legítimas e constituídas como direitos.

O político-organizativo é um eixo que envolve um conjunto de ações voltado para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social. O planejamento da ação é sistemático e contínuo, possibilitando o repensar do fazer profissional, a reavaliação dos processos de trabalho e a proposição de novas ações, tudo isso considerando os aspectos técnico-metodológicos, ético-político e técnico-operativos. Segundo Vasconcelos (2015, p.490) "É no planejamento e execução de atividade profissional, apreendidos de forma indissociável que os assistentes sociais/equipes se preparam para a atividade profissional [...]"

A gestão tem como uma das funções precípuas o planejamento, que consiste no instrumento que formaliza, organiza, dá dimensão gerencial e técnica ao trabalho. Também, no conjunto das políticas sociais, objetiva sistematizar ações destinadas à efetivação da intersectorialidade e à criação de normas e protocolos nos serviços institucionais.

As ações no eixo socioassistencial estão voltadas ao atendimento direto aos usuários e familiares e se desenvolve tanto nas Unidades de Internação, Ambulatório e Pronto Socorro, como no plantão social. Essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis. O Plantão Social é uma forma de intervenção de caráter emergencial e imediato, considerado complementar aos trabalhos de equipe estruturados no HU, voltado ao atendimento das necessidades sociais, sobretudo de ordem objetivas essenciais para a continuidade do tratamento.

O Serviço Social atua na perspectiva da concepção ampliada de saúde, embora se depare com as contradições do que é preconizado pelo SUS e a dificuldade de acesso por parte dos usuários. De um lado, a lei protege os cidadãos e assegura os seus direitos na perspectiva universal e, de outro, as demandas sociais que desafiam e transgridam os conceitos teóricos expõem as fragilidades e as contradições do Sistema.

É nesse ponto, que o Serviço Social legitima a atuação profissional, produz conhecimentos e inclui novas metodologias no processo de trabalho. O fato de o Hospital Universitário atender exclusivamente usuários do SUS expõe seu grande contingente à vulnerabilidade social, que perpassa a falta de conhecimentos sobre os seus direitos sociais e as condições objetivas de vida, afetadas pelo desemprego, falta de/baixa renda, moradia, dentre outras necessidades.

No processo saúde-doença emergem necessidades sociais que, ao serem apresentadas ao assistente social, tornam-se demandas sociais. Essas podem ser consideradas objetivas (alimentos, transportes, medicações, hospedagem em Casa de Apoio) e subjetivas (pessoas em situações de violência, violação de direitos, implicações do adoecimento nas relações familiares, adesão ao tratamento, dentre outras).

O processo de trabalho do assistente social efetiva-se por meio de instrumentos técnicos operativos, dentre eles: abordagem individual com usuários ou familiares, abordagem grupal (grupos operativos, rodas de conversas), visitas domiciliares, organização e gestão dos serviços sociais da instituição, elaboração de Relatórios Sociais e Pareceres Sociais, registro da ação profissional no MEDVIEW e formação profissional de capacitação e de pesquisa (supervisão de estágio, pesquisas, apresentação de trabalhos, TCC).

Na área da saúde, o Assistente Social foi legitimado como integrante da equipe multiprofissional por meio do Decreto de Delegação de Competência, resolução nº. 218, de 06 de março de 1997 (BRASIL,1997). Nesse documento, é reconhecida a imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior (assistente social, biólogo, profissional de educação física, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, médico veterinário, nutricionista, odontólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional).

Essa inserção como membro da equipe da saúde significou um avanço e um reconhecimento para a categoria profissional, na perspectiva de ampliação do conceito de saúde. Compreender os aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem na saúde dos usuários, com todas as implicações mencionadas dentro de um contexto hospitalar, é fundamental para que os Assistentes Sociais tracem as suas estratégias de ações.

A atuação do Assistente Social na saúde é regulamenta nos seguintes documentos:

- Código de Ética do Assistente Social Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993.
- Lei de Regulamentação da Profissão (nº 8.662, de 7 de junho de 1993)
- Resolução sobre supervisão direta de estágio (nº 533/2008)
- Lei sobre a duração do trabalho do Assistente Social- Lei 12.317/2010
- Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde
- Resolução CFESS nº 493, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social
- Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política de Saúde (CFESS, 2010).
- Normatizações do SUS e da ANVISA.
- Legislações específicas por segmento (idoso, mulher, criança e adolescente, LOAS, entre outras).

### 3.1.2 O SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA

O Centro de Tratamento de Queimados de Londrina foi fundado em agosto de 2007, sendo uma referência para as queimaduras no estado do Paraná. Pertence a um hospital público de ensino, de nível terciário e órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina. Possui uma área de 1.050 metros quadrados e equipamentos de última geração, onde estão disponíveis 10 leitos de enfermaria e 6 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que atendem a todas as faixas etárias, também possui dois centros cirúrgicos e um pronto atendimento e é reconhecido enquanto Centro de Referência em Assistência a Queimados – Alta Complexidade.

A equipe técnica atualmente é composta por: 40 técnicos de enfermagem, 11 enfermeiros, 9 cirurgiões plásticos, 04 fisioterapeutas lotados no setor, 01 diarista da cirurgia plástica e 01 diarista da unidade intensiva, 1 assistente social. Os principais tipos de queimaduras são: por escaldamento no caso de criança e em adultos são a explosão de álcool e queimadura elétrica e idosos por escaldamento fazendo sabão.

A seguir apresentar-se-á uma breve explicação do que é a queimadura e quais seus níveis de gravidade para melhor compreensão da temática e dos dados quantitativos que serão descritos posteriormente.

De acordo com Manual de Primeiros Socorros elaborado pela Fundação Fio Cruz (2003, p. 127) queimaduras são:

[...] lesões provocadas pela temperatura, geralmente calor, que podem atingir graves proporções de perigo para a vida ou para a integridade da pessoa, dependendo de sua localização, extensão e grau de profundidade. O efeito inicial e local, comum em todas as queimaduras é a desnaturação de proteínas, com conseqüente lesão ou morte celular, por este motivo elas têm o potencial de desfigurar, causar incapacitações temporárias ou permanentes ou mesmo a morte.

Ainda de acordo com o Manual de Primeiros Socorros elaborado pela Fundação Fio Cruz (2003, p. 128) os graus de queimaduras são:

O agente causador das queimaduras produz uma série de alterações sistêmicas, mas o revestimento cutâneo, sendo o mais atingido primariamente, apresenta alterações mais visíveis.

As lesões não são uniformes, existem, em geral, vários graus de profundidade em uma mesma área. O tratamento inadequado e a infecção podem converter queimaduras de segundo grau em queimaduras de terceiro grau.

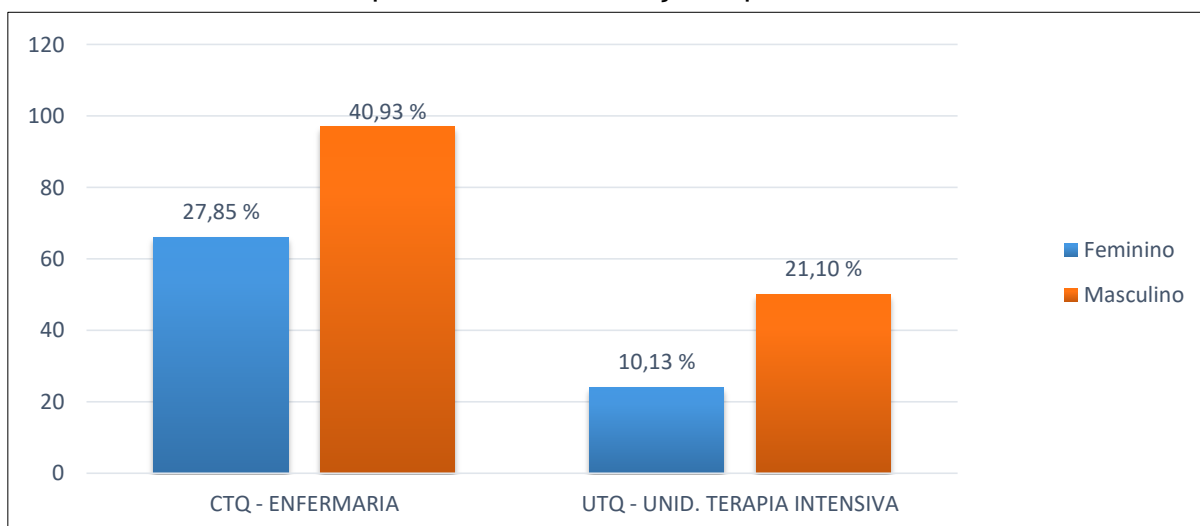
Dependendo da profundidade queimada do corpo, as queimaduras são classificadas em graus para melhor compreensão e adoção de medidas terapêuticas adequadas.

As queimaduras de primeiro grau são caracterizadas pelo eritema (vermelhidão), que clareia quando sofre pressão. Existe dor e edema, mas usualmente há bolhas.

As queimaduras de segundo grau são caracteristicamente avermelhadas e dolorosas, com bolhas, edema abaixo da pele e restos de peles queimadas soltas. São mais profundas, provocam necrose e visível dilatação do leito vascular. Nas queimaduras de segundo grau superficiais não há destruição da camada basal da epiderme, enquanto nas queimaduras secundárias profundas há. Não há capacidade de regeneração da pele. A dor e ardência local são de intensidade variável.

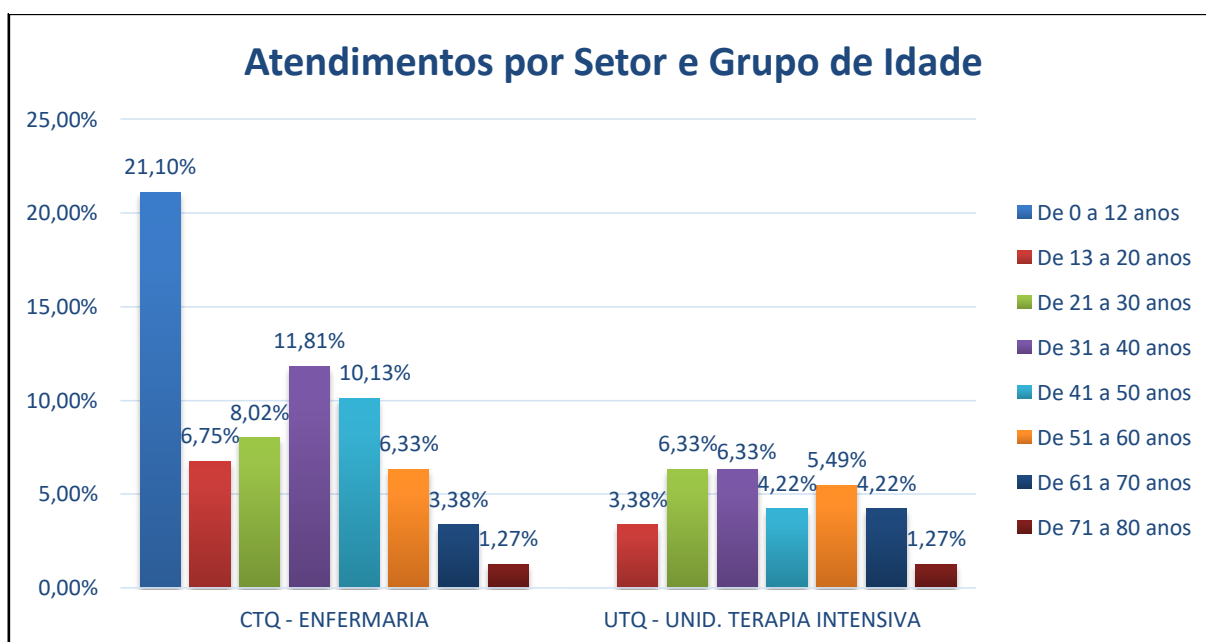
As queimaduras de terceiro grau são aquelas em que toda a profundidade da pele está comprometida, podendo atingir a exposição dos tecidos, vasos e ossos. Como há destruição das terminações nervosas, o acidentado só acusa dor inicial da lesão aguda. São queimaduras de extrema gravidade.

Farar-se-á brevemente uma apresentação quantitativa dos atendimentos realizados pelo CTQ-HU no ano de 2019:

**Gráfico 1-** Atendimentos por Setor de Internação e por Sexo-2019

**Fonte:** Dados disponibilizados pelo CTQ-HU e sistematizados pela autora (2021).

Os dados representam que no ano de 2019 foram atendidos 50 pacientes do sexo masculino e respectivamente 24 do sexo feminino na Unidade de Terapia Intensiva e 97 pacientes do sexo masculino e 66 do sexo feminino na enfermaria do CTQ, totalizando 237 pacientes atendidos.

**Gráfico 2-** Atendimentos por Setor e Grupo de Idade-2019

**Fonte:** Dados disponibilizados pelo CTQ-HU e sistematizados pela autora (2021).

Os dados representam que de 0 a 12 anos foram atendidas 50 crianças, respectivamente de 13 a 20 anos foram atendidos 16 pacientes, de 21 a 30

anos foram 19, de 31 a 40 anos foram 28, de 41 a 50 anos foram 24, de 51 a 60 foram 15, de 61 a 70 anos foram 8 e de 71 a 80 foram 3 pacientes atendidos pela enfermaria do CTQ. De 13 a 20 anos foram atendidos 8 pacientes, respectivamente de 21 a 30 anos foram 15, de 31 a 40 anos foram 15, de 41 a 50 anos foram 10, de 51 a 60 anos foram 13, de 61 a 70 anos foram 10 e de 71 a 80 anos foram 3 pacientes atendidos pela Unidade de Terapia Intensiva do CTQ.

A seguir apresenta-se as Regionais de Saúde que por meio da central de regulação de leitos fizeram encaminhamentos de pacientes para o CTQ-HU no ano de 2019:

**Tabela 1-** Total agrupado por Setor e Regional de Saúde

Setor	Quantidade
CTQ - ENFERMARIA	163
RS APUCARANA	16
RS CAMPO MOURAO	16
RS CASCAVEL	7
RS CIANORTE	5
RS CORNELIO PROCOPIO	5
RS FRANCISCO BELTRAO	6
RS GUARAPUAVA	7
RS IRATI	1
RS IVAIPORA	3
RS JACAREZINHO	2
RS LONDRINA	63
RS MARINGA	17
RS PARANAGUA	1
RS PARANAVAI	5
RS PATO BRANCO	2
RS PONTA GROSSA	4
RS TOLEDO	1
RS UMUARAMA	1
RS UNIAO DA VITORIA	1
UTQ - UNID. TERAPIA INTENSIVA	74
RS APUCARANA	6
RS CAMPO MOURAO	1
RS CASCAVEL	6
RS CIANORTE	3
RS CORNELIO PROCOPIO	4
RS FOZ DO IGUAU	3
RS FRANCISCO BELTRAO	3



RS GUARAPUAVA	3
RS IVAIPORA	4
RS JACAREZINHO	4
RS LONDRINA	8
RS MARINGA	7
RS PARANAGUA	2
RS PARANAVAI	3
RS PATO BRANCO	2
RS PONTA GROSSA	5
RS TOLEDO	4
RS UMUARAMA	6
<b>Total Geral</b>	<b>237</b>

**Fonte:** Dados disponibilizados pelo CTQ-HU e sistematizados pela autora (2021).

Os dados representam que a Regional de Saúde que mais direciona pacientes é a 17ª Regional de Saúde de Londrina que é composta por 21 municípios, porém, é demonstrado que o CTQ recebe outras Regionais de Saúde, posto, que é o segundo Centro de referência de Tratamento de Queimados do Paraná, sendo este um serviço de atendimento que exige um alto grau de complexidade tanto profissional quanto de equipamentos.

O assistente social atua no CTQ-HU de forma multidisciplinar, sendo que seu atendimento se dá das seguintes formas: procura direta do usuário e seus familiares, requisitado pela equipe técnica, pela rede de atendimento e pela busca ativa do profissional na unidade de atendimento. O atendimento é realizado tanto junto aos leitos dos sujeitos quanto na sala de atendimento, prezando sempre pelo sigilo e ética profissional. As demandas são múltiplas desde orientações acerca dos direitos humanos e sociais até violações de direitos e articulações com a rede de serviços. Posteriormente será abordado de forma mais detalhada as demandas, requisições e ações profissionais realizadas pelo profissional da unidade de atendimento.

### 3.2 APRESENTAÇÃO DOS DADOS EMPÍRICOS DO PROCESSO DE COLETA DE DADOS SOBRE O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO CTQ-HU

Os procedimentos metodológicos usados para o levantamento dos

registros do diário de campo da estagiária, no período de seis meses, sendo de agosto de 2019 a janeiro de 2020. A escolha dessa ferramenta se dá pelo momento pandêmico vivido e também pelo fato do sistema de prontuários da instituição ser muito recente não tendo os dados sistematizados para consulta.

O período escolhido foi pautado na particularidade da Unidade de Queimados que devido ao tipo de lesão, faz com que o usuário permaneça em média de no mínimo 1 semana de internação, prolongando de acordo com a gravidade até 3 meses de internação. Abaixo apresenta-se o quadro que busca trazer uma melhor compressão da sistematização dos dados: a identificação das demandas será apresentada a seguir de acordo com as especificações elaboradas pelas assistentes sociais do Hospital Universitário de Londrina que estão no documento denominado Plano de Ação do Serviço Social (2019-2022).

**Quadro 1-** Identificação das demandas

<b>1.ACESSO AOS DIREITOS SOCIAIS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
<b>DIREITO À EDUCAÇÃO</b>	Acesso a creches, evasão escolar, etc.
<b>DIREITO À SAÚDE</b>	Não acesso a saúde; exames, consultas, cirurgias/processos de judicialização.
<b>DIREITOS ASSISTENCIAIS</b>	BPC, auxílio natalidade, auxílio funeral e programas sociais de baixa renda, isenção de tarifas.
<b>DIREITOS DO CIDADÃO</b>	Do consumidor, DPVAT, acesso a Defensoria Pública do Estado; a prestar depoimentos, entre outros direitos não descritos nos itens já definidos.
<b>DIREITOS PREVIDENCIÁRIOS</b>	Auxílio-doença, aposentadoria, licença maternidade, auxílio reclusão, pensão, etc.
<b>DIREITOS REPRODUTIVOS</b>	Métodos contraceptivos temporários e definitivos, questões relacionadas a gravidez, Planejamento familiar e sexualidade.
<b>DIREITOS TRABALHISTAS</b>	CAT (comunicação de acidente de trabalho), FGTS, PIS, atestado para a empresa.
<b>PARTICIPAÇÃO SOCIAL</b>	Incentivo a participação do usuário em conselhos e conferências, grupos organizados e atividade afins.
<b>2. INTER-RELAÇÃO COM A REDE DE SERVIÇOS</b>	

<b>CONTINUIDADE DO TRATAMENTO PELA REDE SÓCIO-ASSISTENCIAL OU EDUCACIONAL</b>	TFD, transferência para UBS, hospitais e outros serviços
<b>CONTINUIDADE DO TRATAMENTO NA REDE DO SUS</b>	APAE, APS DOWN, Instituto Roberto Miranda, ILECE, ILES, etc.
<b>INSTITUIÇÃO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL</b>	Sistema de atenção domiciliar em Londrina e Cambé e outras cidades, equipe NASF
<b>INTERNAÇÃO DOMICILIAR</b>	Instituições sociais, associações voluntárias, ONGs, etc.
<b>REDE DO TERCEIRO SETOR</b>	Serviços de saúde privado
<b>REDE PRIVADA</b>	
<b>3. PROCESSO SAÚDE E DOENÇA</b>	
<b>ADESÃO AO TRATAMENTO</b>	Não adesão, busca ativa, percepção de fatores dificultadores e facilitadores do tratamento.
<b>AGRAVAMENTO DO ESTADO DE SAÚDE</b>	Estado grave, sentimentos frente a esta questão
<b>CONDIÇÕES DE PERMANENCIA DA FAMÍLIA NO PERÍODO DE INTERNAÇÃO</b>	Permanência interna, liberação do trabalho, escala entre familiares, etc.
<b>CONHECIMENTO DA REALIDADE SOCIAL</b>	Primeiro atendimento, acolhimento.
<b>CULTURA</b>	Aspectos culturais que interferem no tratamento, população indígena, imigrantes.
<b>DEPENDÊNCIA QUÍMICA</b>	Uso de drogas psicoativas, tratamentos disponíveis.
<b>DESDOBRAMENTOS SOCIAIS FRENTE A DOENÇAS E ACIDENTES</b>	Expressões da questão social que não se enquadram nos demais; ex: separação, desemprego, dependência econômica, papel na sociedade.
<b>DOAÇÃO/TRANSPLANTE</b>	De medula óssea, órgão, sangue e de leite materno
<b>DIFICULDADES DE RELAÇÃO ENTRE FAMÍLIA E EQUIPE</b>	Conflito, falta de informação ou deficiência na comunicação e ouvidoria
<b>IMPLICAÇÕES DO ADOECIMENTO NAS RELAÇÕES FAMILIARES</b>	Dependência de cuidado, afastamento do mercado de trabalho, questões emocionais.
<b>MORADOR EM SITUAÇÃO DE RUA</b>	Contato com a equipe, rede (consultório de rua)
<b>PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO</b>	Importância e dificuldade em participar
<b>PROCESSO DO CUIDADO</b>	Cuidador, ausência de definição, reorganização familiar, autocuidado e condições habitacionais.
<b>RELAÇÕES DE FAMÍLIA</b>	Conflitos, superproteção, abandono;
<b>RELIGIOSIDADE</b>	Interrupção do tratamento devido a orientações

	religiosas, ex: testemunha de Jeová
<b>TERMINALIDADE/MORTE</b>	Cuidados paliativos, expressões de sentimentos.
<b>TRANSTORNO MENTAL</b>	Depressão, suicídio, internação ou acompanhamento na psiquiatria Cuidados paliativos, expressões de sentimentos.
<b>4. RECURSOS ESSENCIAIS RELATIVOS A SEGURIDADE SOCIAL</b>	
<b>ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL</b>	Abrigos, casa de repouso, asilos, recanto amigo
<b>ALIMENTOS</b>	Cesta básica, leite ou alimentos avulsos
<b>ENXOVAL DE RECÉM-NASCIDO/VESTUÁRIO</b>	Doação e encaminhamento a locais que atendem
<b>FÓRMULA LÁCTEA</b>	Do primeiro e segundo trimestre ou formulas especiais
<b>HOSPEDAGEM DURANTE O TRATAMENTO</b>	Casa de Apoio
<b>INSUMOS E EQUIPAMENTOS</b>	Cadeiras de rodas, de banho, andador, muletas, aspirador, fraldas, bolsa de colostomia, fitas reagentes, sondas, preservativos, etc.
<b>MEDICAÇÃO</b>	Concessão, encaminhamento rede, parecer social.
<b>MORADIA</b>	Programas habitacionais, despejos, sem moradia
<b>ÓCULOS</b>	Programa olhando para o futuro no AEHU
<b>ORTESE E PROTESE</b>	Programa do SUS
<b>TRANSPORTE</b>	Ambulância, cartão transporte, passe livre municipal, intermunicipal e interestadual.
<b>5. RELAÇÕES USUÁRIO E INSITUIÇÃO</b>	
<b>ABANDONO AO TRATAMENTO</b>	Evasão hospitalar
<b>DESCONHECIMENTO/DESCUMPRIMENTO DE NORMAS E ROTINAS INSTITUCIONAIS</b>	Dificuldade em acatar informações. Fluxo informacional
<b>VISITA AO PACIENTE INTERNADO</b>	Autorização / restrição
<b>6- VIOLAÇÃO DE DIREITOS</b>	
<b>ABORTO LEGAL</b>	Solicitação da equipe, casos de a encéfalo e estupro previstos na lei, notificação
<b>ENTREGA LEGAL</b>	Processo de adoção e determinação judicial
<b>NÃO RECONHECIMENTO DA PATERNIDADE</b>	Direito relacionados ao reconhecimento da paternidade, serviços e órgãos e forma de acessá-los

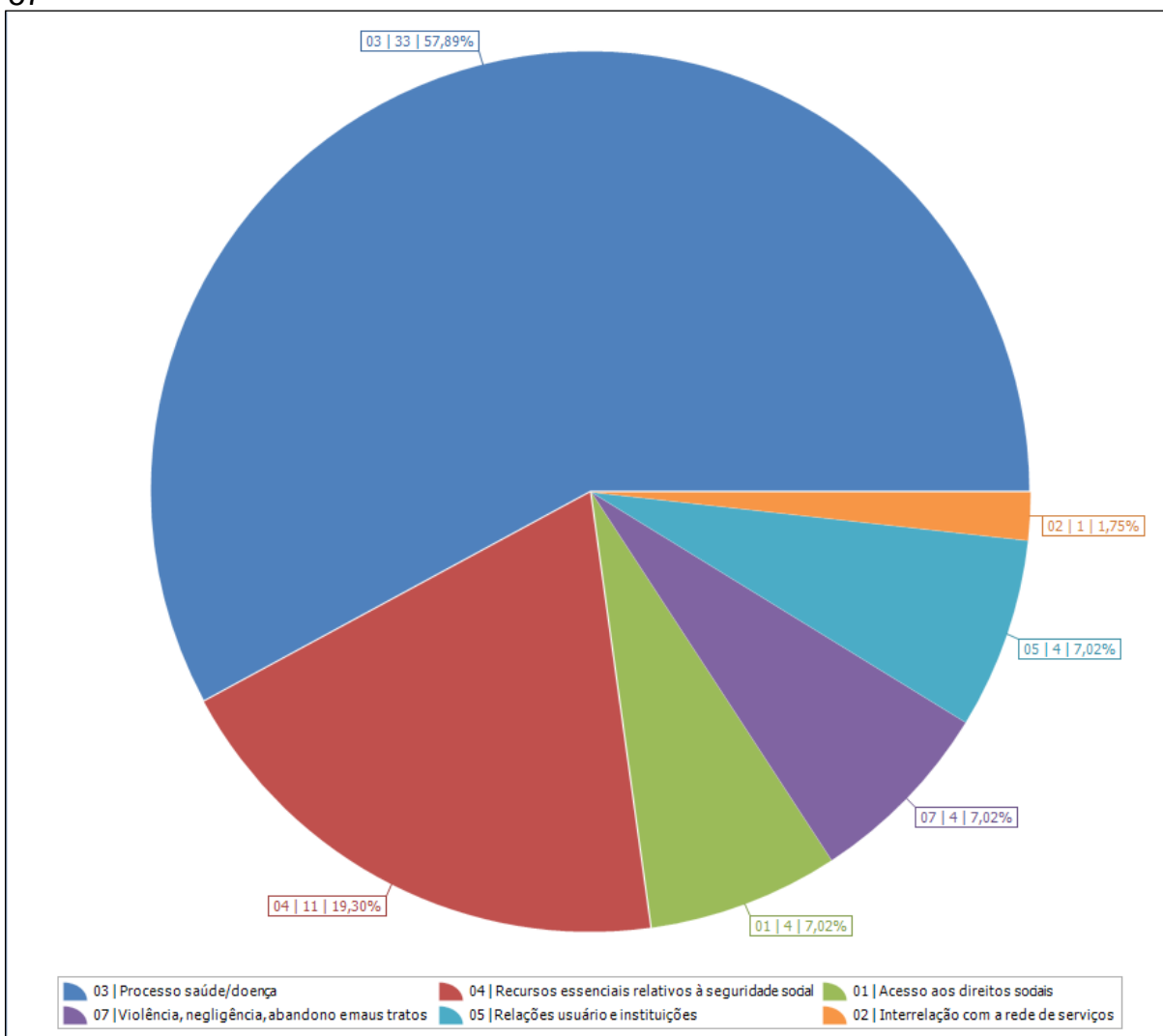
<b>PERDA DO PODER FAMILIAR/DOAÇÃO</b>	Guarda e responsabilidade da criança/meios legais de proteção
<b>PRECONCEITO</b>	Percebido pelo usuário
<b>QUEBRA DO SIGILO</b>	Revelação e exposição de diagnósticos (em discussões de casos, atestado de óbito, etc.)
<b>7. VIOLÊNCIA NEGLIGÊNCIA, ABANDONO E MAUS TRATOS</b>	
<b>CRIANÇA/ADOLESCENTE</b>	Situação de suspeita ou confirmação
<b>IDOSO</b>	Violência urbana, órgãos de proteção
<b>HOMEM</b>	Privação de medicamentos, descuido com a higiene e saúde, ausência de proteção.
<b>MULHER</b>	Violência doméstica, física de gênero, feminicídio, direitos para enfrenta-la.
<b>PESSOA COM DEFICIÊNCIA</b>	Abandono, violência, apropriação de recurso da pessoa com deficiência.

**Fonte:** Elaborado pela Equipe de Assistentes Sociais do Hospital Universitário de Londrina (2017).

### 3.2.1 A SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA

Os dados da sistematização da pesquisa serão demonstrados, por meio dos gráficos abaixo, com fundamentação no quadro descrito acima que detalha os grupos de demandas e descreve as mesmas:

**Gráfico 3-** Demandas agrupadas por Grupo de Demanda - Agosto de 2019 - Total: 57



**Fonte:** Elaborado pela autora (2020).

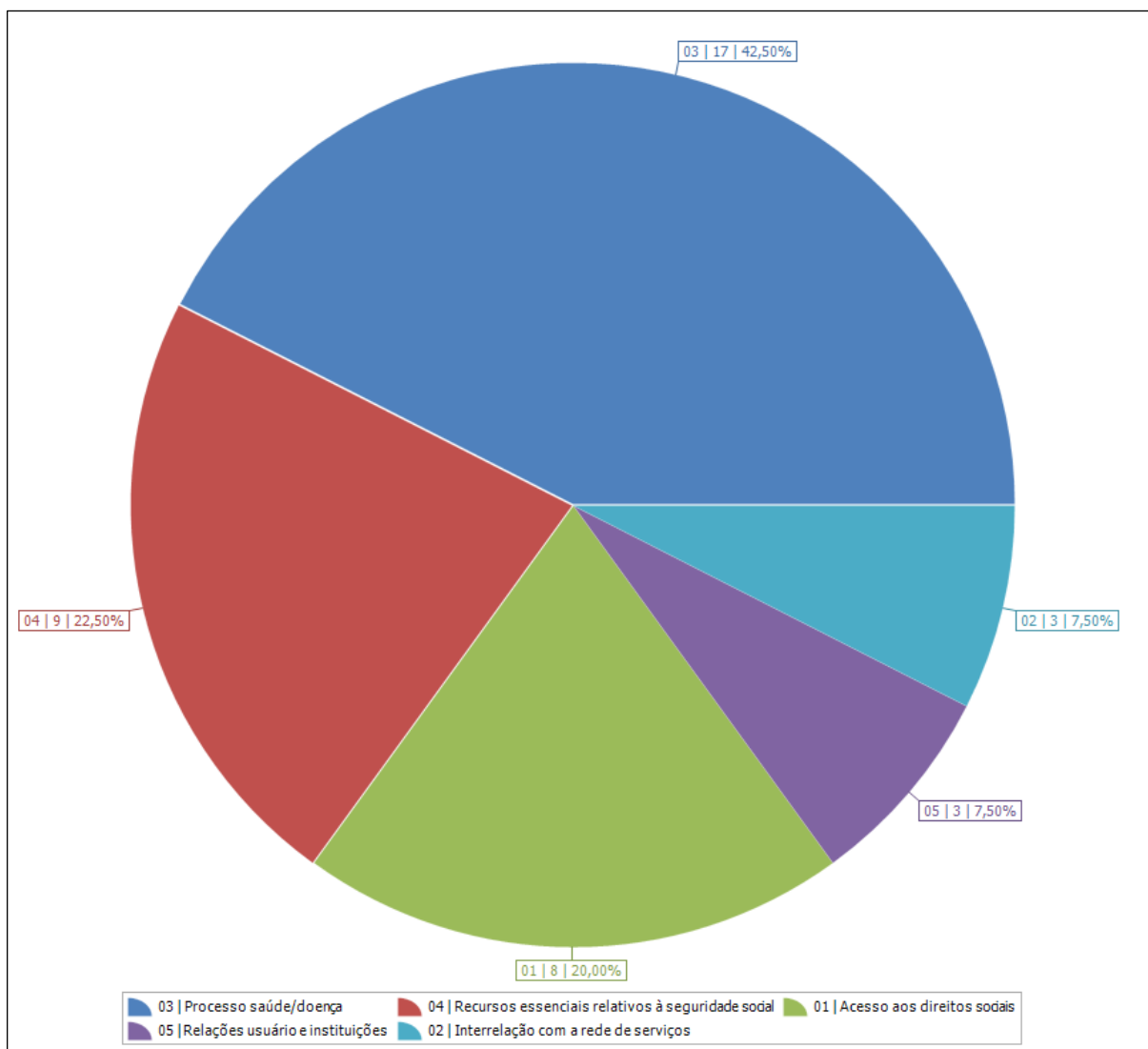
O grupo de demandas apresentadas no mês de agosto de 2019, totalizaram 57, destas: a mais recorrente foi o processo saúde e doença com a totalidade 57,89%, tendo como predominância o conhecimento da realidade social e a participação da família no tratamento, respectivamente em segundo desta os recursos essenciais relativos à seguridade social com 19,30%, tendo como predominância a hospedagem da família durante o tratamento.

Essa demanda traz duas situações: quando o familiar está internado e não é possível o acompanhante estar todo o tempo junto e quando os usuários têm consulta ambulatorial e só retornam para suas residências no final da tarde.

É importante colocar que a participação da família é essencial para o usuário internado, pois, o agravamento da saúde traz uma fragilidade tanto física, emocional e mental ao mesmo. Enquanto orientação da Política de Humanização do SUS colocada como extremamente importante a presença da família.

As demandas relacionadas aos direitos sociais e a violência/negligencia e relações usuário e instituição, demarcam 7,02%. É requisitado pelos usuários as informações referentes aos direitos da previdência predominante, visto que a queimadura demanda um processo de cuidado e afastamento do trabalho. A violência/negligência apresentou contra a mulher e a criança, essas sendo mãe e filha, sendo vítimas de tentativa de homicídio pelas mãos do pai/marido; a negligencia contra o idoso também ocorre no ambiente intrafamiliar, sendo necessário tanto a denúncia contra os agressores como a proteção social as vítimas. No quesito relacional, o assistente social facilita o fluxo de informações e a comunicação entre o serviço e a família do usuário para agilizar a resolução de problemas emergentes no decorrer do processo de prestação de serviços e possibilitar a democratização das informações.

A inter-relação com a rede de serviços representando 1,75%, a articulação com a rede de serviços se faz primordial, pois, o usuário tem direito ao acesso integral à saúde, como o tratamento continuado pela rede socioassistencial e de saúde.

**Gráfico 4-** Demandas agrupadas por Grupo de Demanda-Setembro de 2019- Total:40

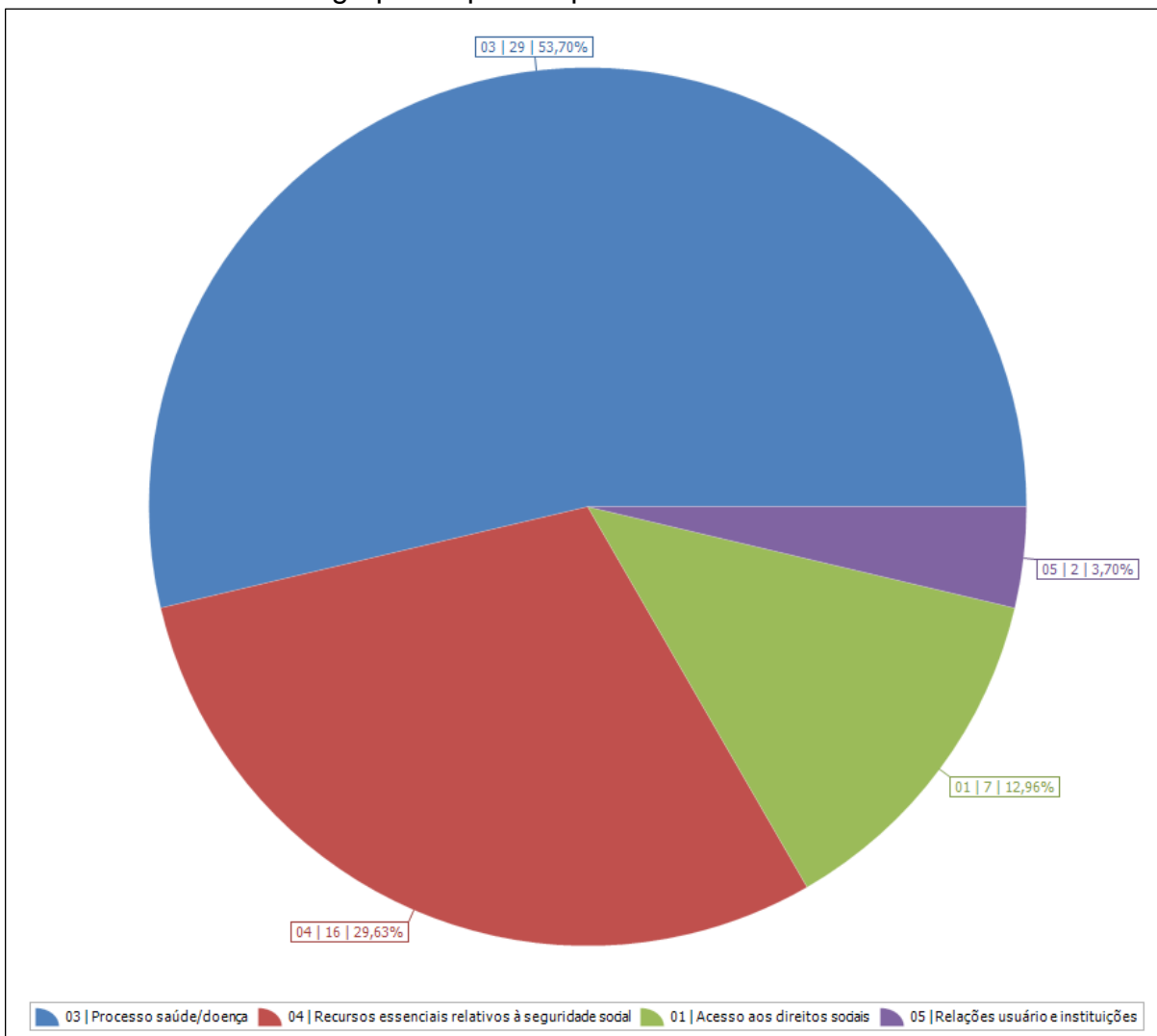
**Fonte:** Elaborado pela autora (2020).

O grupo de demandas apresentadas no mês de agosto de 2019, totalizaram 40, destas: as mais recorrentes foi o processo saúde e doença com a totalidade de 42,5, seguida de recursos essenciais à seguridade social 22,5% e acesso aos direitos sociais correspondendo a 20%. Dentro do que já foi citado acima, os direitos também perpassam as informações referentes ao DPVAT e aos benefícios assistenciais quando o trabalhado ou trabalhadora não possui nem direitos trabalhistas ou previdenciários diante das suas condições socioeconômicas de desproteção social. As demandas concernentes as relações usuários e instituições e inter-relação com a rede de serviços com 7,5%, abarcam questões relacionadas as autorizações para alternância de acompanhantes e a interlocução do assistente social com a equipe profissional da unidade, destaca-se a importância de que tanto o usuário



quanto o acompanhante têm enquanto direito essa convivência.

**Gráfico 5-** Demandas agrupadas por Grupo de Demanda- Outubro de 2019- Total: 54



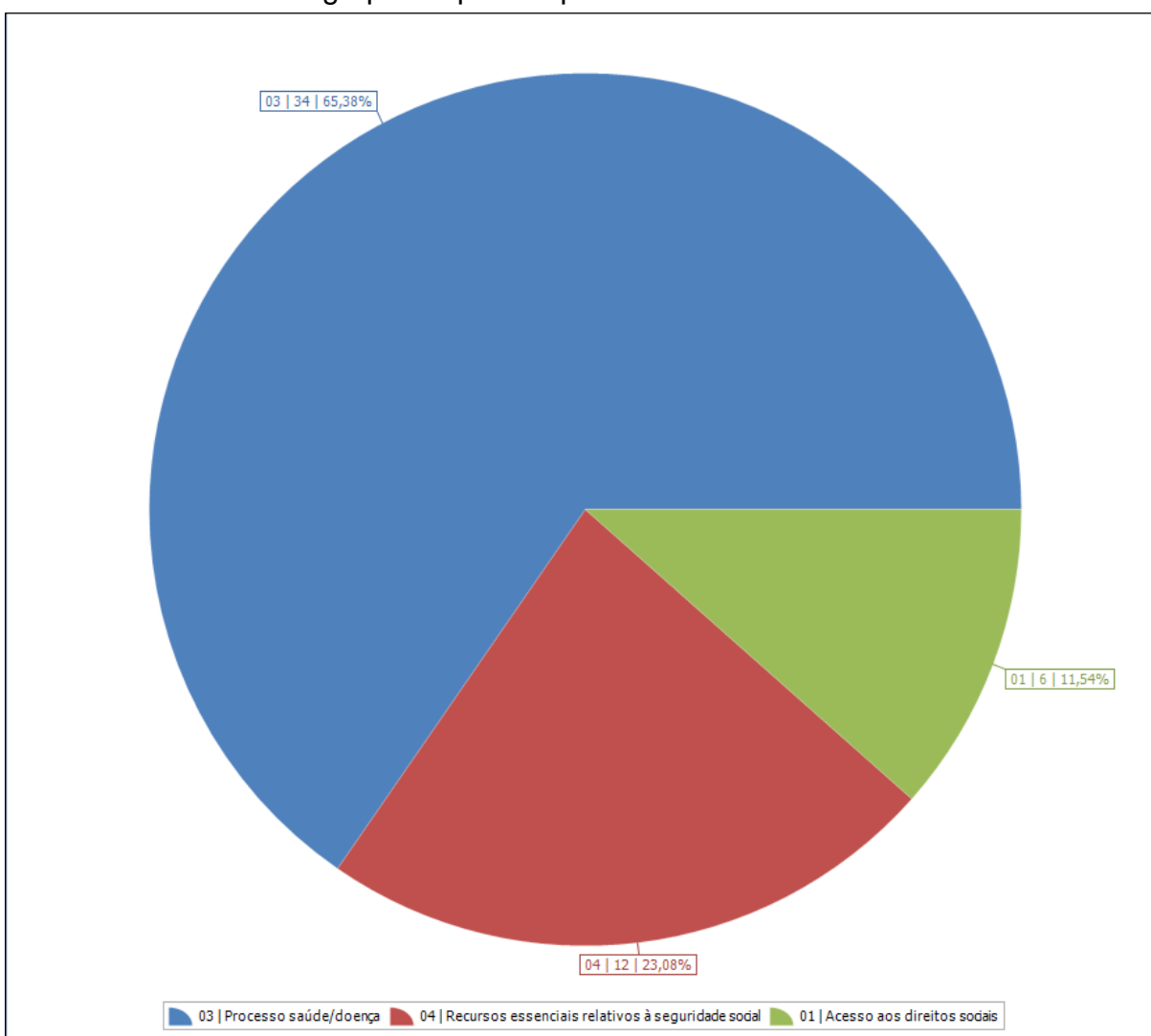
**Fonte:** Elaborado pela autora (2020).

O grupo de demandas apresentadas no mês de outubro de 2019, totalizaram 54, destas: as mais recorrentes foi o processo saúde e doença com a totalidade de 53,7%, seguida de recursos essenciais à seguridade social 29,6% e acesso aos direitos sociais correspondendo a 12%. O processo saúde e doença apresenta enquanto requisição para o assistente social a busca ativa da família quando o usuário está internado e está desacompanhado, ainda quando envolve a terminalidade/morte, o profissional é demandado pelo familiar do falecido sobre informações dos tramites do óbito, visto que muitos dos usuários atendidos pelo HU não são residentes de Londrina.

Se faz importante colocar que as demandas relacionadas ao

acolhimento institucional não são recorrentes, porém, são complexas, esse serviço disponibilizado muita das vezes por instituições filantrópicas, voltadas para a população em situação de rua, o trabalhador que sofre um acidente de trabalho não tendo possibilidade de retornar ao mercado de trabalho e ainda tem sua perícia negada por um perito que em muitos casos é clínico geral, terá que recorrer à justiça para requerer os seus direitos, porém, nesse meio tempo sem nenhuma condição de subsistência necessita da proteção social de alta complexidade.

**Gráfico 6-** Demandas agrupadas por Grupo de Demanda-Novembro de 2019-Total:52

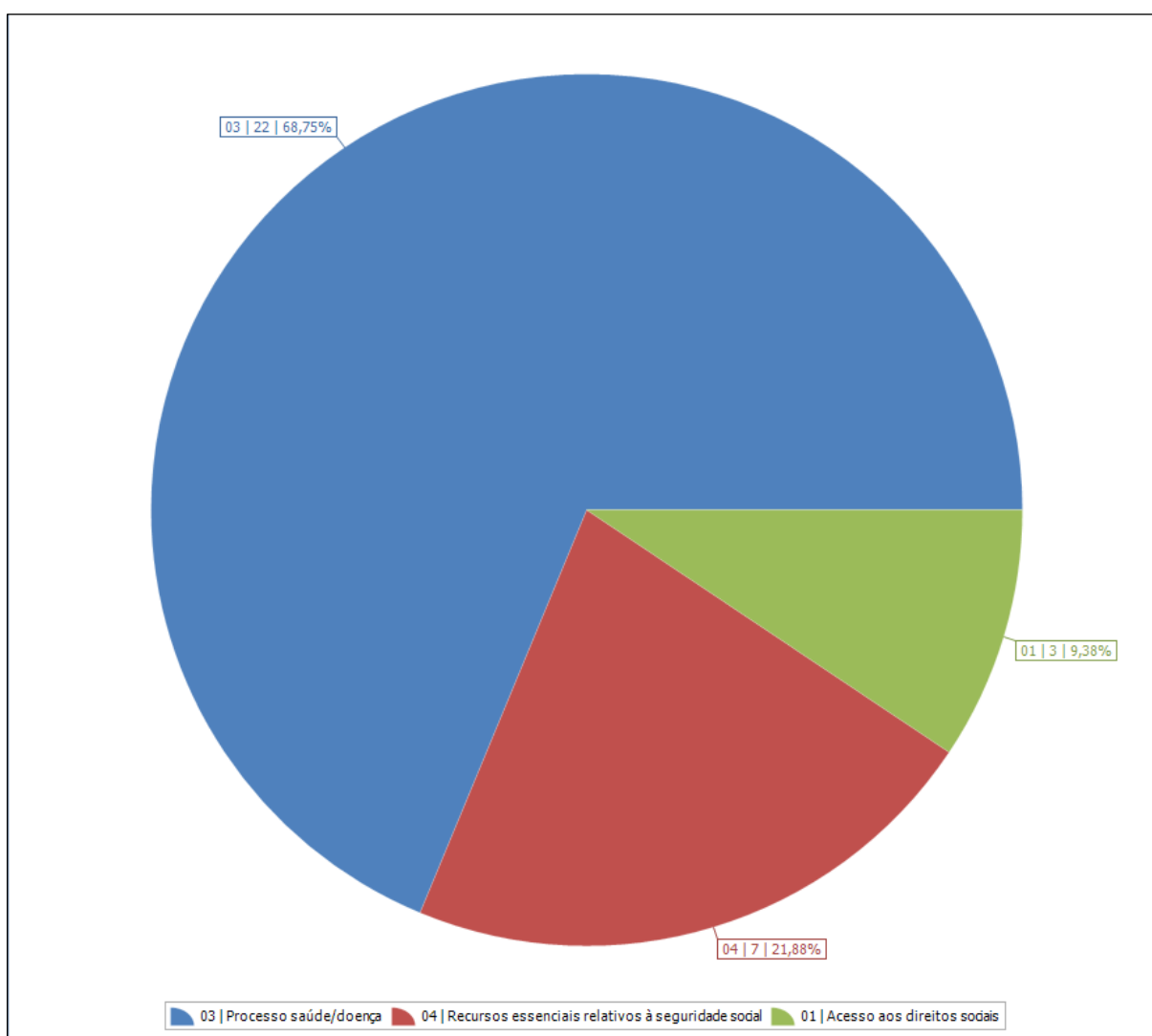


**Fonte:** Elaborado pela autora (2020).

O grupo de demandas apresentadas no mês de novembro de 2019, totalizaram 52, destas: as mais recorrentes foi o processo saúde e doença com a totalidade de 65,38%, seguida de recursos essenciais à seguridade social 23,08% e acesso aos direitos sociais correspondendo a 11,54%. Dentre as demandas do

terceiro grupo, enfatiza-se que a desproteção social do trabalhador traz consequências gravíssimas para o mesmo, uma delas, é o acidente no espaço de trabalho, causando lesões graves inviabilizando o retorno deste ao seu campo ocupacional. Se o sujeito está coberto pelos ainda mínimos direitos trabalhistas, este será respaldado legalmente, porém, se este for autônomo está totalmente desprotegido pelas legislações vigentes, estando em condições precárias no ambiente de trabalho terá que lidar com essas sequelas, mas, contando com o atendimento integral à saúde, poderá ter acesso a fisioterapia e amenizar essa problemática.

**Gráfico 7-** Demandas agrupadas por Grupo de Demanda -Dezembro de 2019 - Total: 32

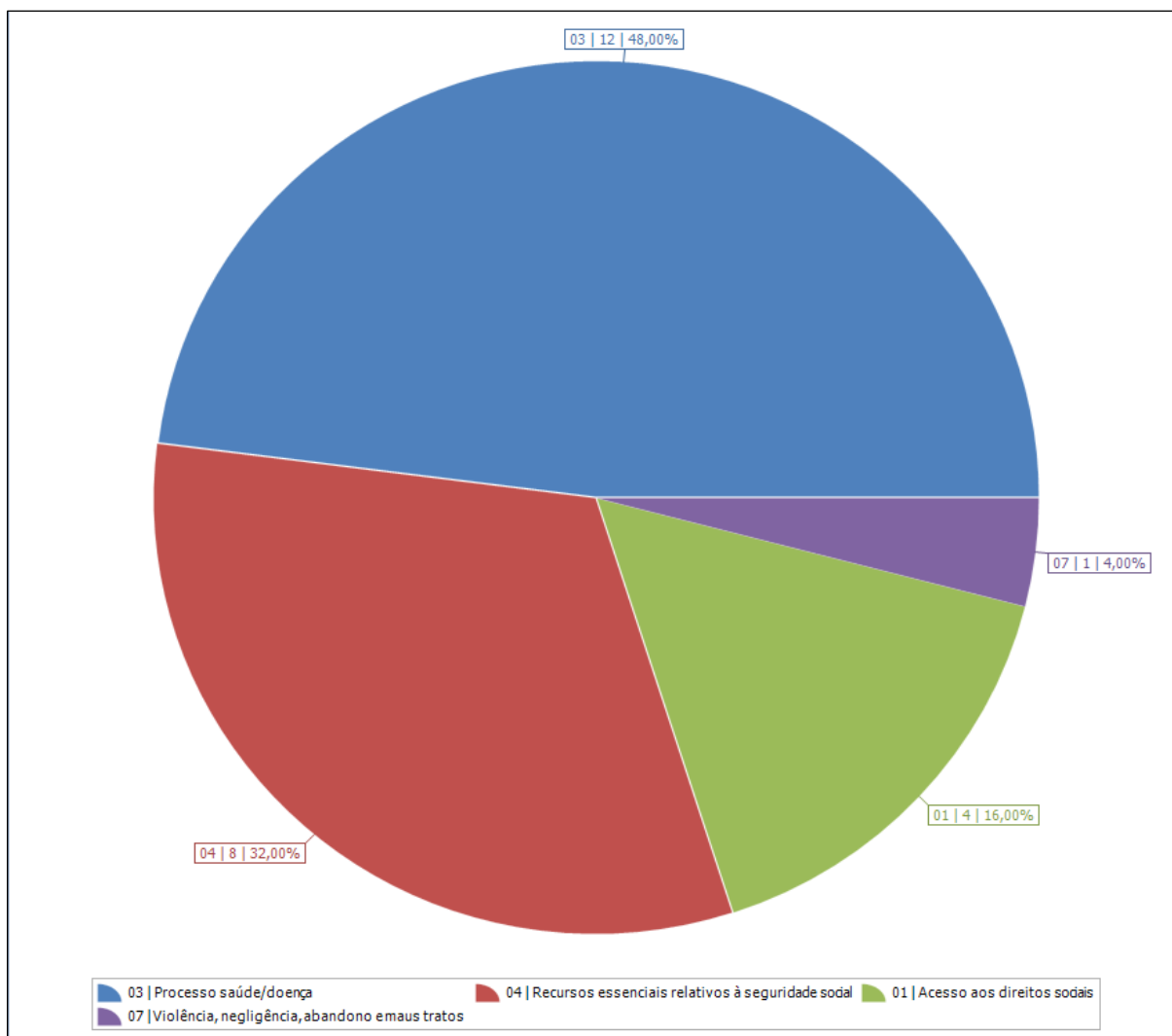


**Fonte:** Elaborada pela autora (2020).

O grupo de demandas apresentadas no mês de dezembro de 2019, totalizaram 32, destas: as mais recorrentes foi o processo saúde e doença com a

totalidade de 68,75%, seguida de recursos essenciais à seguridade social 21,88% e acesso aos direitos sociais correspondendo a 9,38%. Dentro do primeiro grupo de demandas, a desigualdade social é tão extrema na nossa sociedade e se demonstra nos acidentes domésticos com álcool devido os sujeitos não terem condições financeiras de comprar um botijão de gás e são obrigados a cozinhar num ambiente precário, causando assim o acidente, junta-se a isso a falta de conhecimento da maioria da população do quanto é perigoso o manuseio do álcool em liquido sem os devidos cuidados.

Ainda dentro desse grupo, se apresenta enquanto demanda ao assistente social situações de acidentes domésticos relacionados ao uso de substancias psicoativos dos sujeitos, diante da problemática, o profissional irá abordar a questão da dependência juntamente com o sujeito e sua família, visando a autonomia do sujeito e sem imposição de qualquer medida arbitrária de internamento forçado.

**Gráfico 8-** Demandas agrupadas por Grupo de Demanda- Janeiro de 2020- Total:25

**Fonte:** Elaborada pela autora (2020).

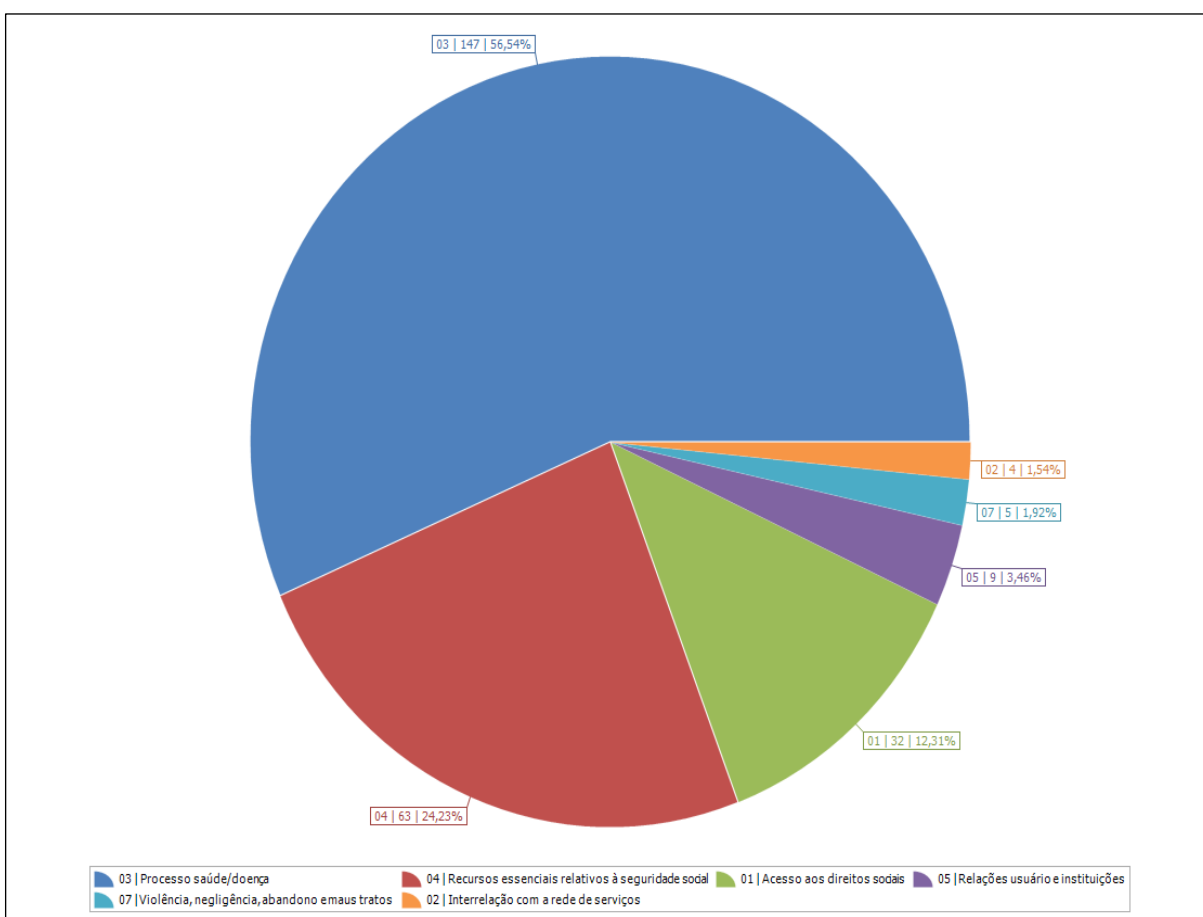
O grupo de demandas apresentadas no mês de janeiro de 2020, totalizaram 25, destas: as mais recorrentes foi o processo saúde e doença com a totalidade de 48%, seguida de recursos essenciais à seguridade social 32%, acesso aos direitos sociais correspondendo a 16% e violência e negligência 4%.

Dentro do primeiro grupo de demandas, apresentou a complexidade da problemática do sujeito em situação de rua que sofreu o acidente tentando furtar fios da rede elétrica, possui vínculo familiar, porém, a família reside em outra cidade. Diante desse contexto apresentado, o assistente social irá acionar a rede de serviços socioassistenciais para busca ativa da família do sujeito e irá abordar a questão da dependência com o mesmo, com a perspectiva da autonomia e da liberdade de escolha.

Em relação ao último grupo de demandas, trata-se da temática da

violência contra mulher, sendo uma dupla violência, do assalto e do ateamto de álcool e fogo nesta. Diante de uma brutalidade dessas, é possível inferir que esse fato, é mais um de muitos que a mulher sofre numa sociedade misógina e machista. O que demanda do profissional é a articulação com a rede de serviços para que a usuária possa acessar a política de saúde mental e tenha um atendimento continuado e de qualidade.

**Gráfico 9-** Demandas agrupadas por Grupo de Demanda- Agosto de 2019 a Janeiro de 2020- Total:260



**Fonte:** Elaborada pela autora (2020).

Dentre o período de agosto de 2019 a janeiro de 2020, apresentou o total de 260 demandas, destas: 56,54% correspondem ao processo de saúde e doença, que denota a importância da família no tratamento, tendo enquanto objetivo, o acompanhamento contínuo do familiar no tratamento, a necessidade deste para assinar termos de autorização para os procedimentos médicos, a programação segura da alta hospitalar, o apoio emocional, principalmente, quando as internações são de

longo período.

A segunda demanda com 24,23% corresponde a necessidade de hospedagem durante o tratamento, estando intrinsecamente ligada a ao primeiro grupo, pois, os familiares necessitam de um local para permanecerem quando não estão com seus entes dentro do hospital. E também a hospedagem é necessária quando os usuários necessitam fazer procedimentos que demandam mais de um dia e os mesmos residem em outros municípios, portanto, pernoitam e se alimentam na casa de apoio, possibilitando assim, a humanização do atendimento.

A terceira demanda com 12,31% corresponde ao que nos é requisitado pelos sujeitos informações referentes aos direitos previdenciários com maior ênfase, pois, como o período de internação, muitas das vezes é longa, se faz necessário acessar o INSS para reivindicar o auxílio-doença e agendamentos de perícias e atestados médicos. Também nos é solicitado informações sobre os benefícios socioassistenciais e trabalhistas.

A quarta demanda com 3,46% corresponde a necessidade dos familiares de orientações referentes ao fluxo de atendimento da instituição, normas e rotinas, como, os horários de visitas e trocas de acompanhantes, sendo o assistente social, o profissional que é tido pelos usuários como referência sobre estas questões.

A quinta demanda com 1,92% corresponde ao cenário brasileiro de machismo, violações de direitos de idosos e crianças, que diariamente registra altos índices de feminicídio; agressões aos idosos e crianças de todos os tipos, não tendo um efetivo planejamento do Estado e da sociedade para mudança destas problemáticas.

A sexta demanda com 1,54% corresponde a articulação com a rede de serviços de saúde e socioassistenciais, denotando que o atendimento ao sujeito deve ocorrer de forma integral, abrangendo todas as políticas públicas e sociais, extrapolando a fragmentação e a superficialidade dos serviços prestados à população.

### 3.3 A ANÁLISE REFLEXIVA DOS DADOS EMPÍRICOS DA PESQUISA

A partir da análise dos dados, do acompanhamento diário e da observação é possível identificar em relação ao exercício profissional do assistente social no CTQ-HU que existe a predominância do atendimento direito ao usuário, esse atendimento se dá prioritariamente a partir da acolhida e da escuta qualificada que possibilita o conhecimento da realidade social dos sujeitos compreendendo os determinantes e condicionantes da saúde, que incidem diretamente no processo saúde e doença como as condições de habitabilidade, saneamento básico, condições de trabalho, alimentação, lazer, dentre outros direitos sociais. As principais ações são: os encaminhamentos para a Casa de Apoio Amigos do HU, sendo uma ONG, ligada a política de assistência social, tendo o financiamento feito majoritariamente por meio de doações da sociedade civil, demonstrando a ausência do Estado no investimento para a política de saúde, não reconhecendo essa demanda reprimida que é muito importante para o tratamento do sujeito durante o período de internação.

É fundamental colocar que a participação da família é essencial para o usuário internado, pois, o agravamento da saúde traz uma fragilidade tanto física, emocional e mental ao mesmo. Enquanto orientação da Política de Humanização do SUS é colocada como extremamente importante a presença da família. Segundo Moreira et al (2014, p. 3240):

Destaca-se que a Política Nacional de Humanização, assim como os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), compromete-se a possibilitar atenção integral à população e a propor estratégias por meio das quais seja possível ampliar as condições de direitos e de cidadania para os grupos populacionais – crianças, adolescentes, mulher, homem, idosos e pacientes em fase terminal. Assim, quando se considera o cenário hospitalar, é necessário entender que a humanização precisa estar voltada tanto para o paciente internado e seus familiares, quanto para a própria equipe de saúde, uma vez que é por meio da inter-relação efetiva e afetiva existente entre eles que o cuidado se desenvolve de maneira mais humana, ética e solidária.

As orientações dos direitos sociais também são predominantes, o assistente social tem enquanto suas principais demandas ter o conhecimento qualificado da legislação, com ênfase, na previdenciária e trabalhista, requisitada pelos trabalhadores e suas famílias no âmbito hospitalar durante o período de internação. Uma denúncia a se fazer é o desmonte da seguridade social, com as PEC



300/2016 da flexibilização das leis trabalhistas, trazendo o trabalho intermitente, EC 95/2016 do congelamento de gastos de 20 anos, na política da saúde e educação, promovendo de acordo com o Conselho Nacional da Saúde(2016) um déficit de 424 bilhões na saúde, promovidas pelo governo Temer e endossada pelo governo Bolsonaro com a Emenda Constitucional 103/2019, com a contrarreforma da previdência social, onerando a classe trabalhadora ao mínimo de 15 anos de trabalho e o mínimo para aposentadoria de 62 anos para mulheres e 65 anos para os homens. Esses dados rebatem diretamente na saúde do trabalhador, transparecendo nas demandas cotidianas apresentadas no exercício profissional, como já apresentados acima: acidentes domésticos causados pela extrema vulnerabilidade e desproteção social, provocando a queimadura das mulheres que estavam cozinhando de forma precária nos fogareiros improvisados; os acidentes na zona rural que ocorrem porque a COPEL não adequou suas redes elétricas para as novas tecnologias dos maquinários, total descaso com os trabalhadores; acidentes trabalhistas por falta de proteção mínima para o trabalhador que não possui o registro CLT, além, de não possuir condição de assegurado e não possuir proteção social nesse momento de vulnerabilidade devido à doença.

As ações enquanto respostas interventivas do assistente social mostrou de acordo com a pesquisa realizada, em convergência com os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde é possível identificar que as ações socioassistenciais e socioeducativas são predominantes na intervenção profissional cotidiana, estas demandas são relacionadas as condições objetivas dos usuários e também a democratização das informações dos direitos sociais. Bravo (2009, p.29) enfatiza:

O assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários ao serviço e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientações previdenciárias.

Conforme a autora, não é possível falar do exercício profissional descolado do contexto institucional e conjuntural sócio-histórico da sociedade brasileira, com as contrarreformas orquestradas pelos dois últimos governos já citados, os rebatimentos serão no chão das políticas públicas e sociais, com foco aqui na política de saúde e da educação, caracterizando a instituição enquanto um hospital

universitário, 100% SUS, possuindo alta tecnologia e todas as especialidades. Diante disso coloca-se o sucateamento e o desfinanciamento, afetando a qualidade dos serviços e formação profissional.

Somando a isso a reforma trabalhista que também rebate nas condições de trabalho e contratos do profissional do Serviço Social, tendo na mesma instituição vários tipos de contratos e aumento das precariedades e isso vai além, o concurso público não está pautado enquanto proposta governamental, muito pelo contrário, o que se coloca são contratos por horas destituído de qualquer vínculo trabalhista. Diante disso, ao quadro reduzido dos profissionais é demandado o atendimento social de 300 leitos, impondo aos mesmos, o atendimento a duas e até três unidades.

Porém, conforme nos coloca Trindade (2001, p. 22):

Acreditamos que o reconhecimento dessas determinações históricas permite-nos analisar a efetivação do trabalho profissional como parte desse processo de intervenção das relações sociais e, conseqüentemente, tomar o seu instrumental técnico-operativo como um elemento desse conjunto de objetivações voltadas à regulação das relações sociais. Assim, o instrumental pode ser considerado não somente em seus aspectos técnicos - referentes ao "fazer" - mas nas implicações sócio-políticas da prática da qual ele potencializa as ações, viabilizando uma intervenção que tem uma direção social situada no movimento contraditório da sociedade.

O assistente social, munido do seu arcabouço teórico-técnico, lançando mão do seu instrumental técnico-operativo, não o faz, descolado das dimensões ética e teórica, pois, busca-se potencializar as ações profissionais com a perspectiva da defesa dos direitos humanos e sociais, previstos no projeto ético político profissional. Ao atender o sujeito que é usuário das políticas, nos seus diversos campos ocupacionais, o assistente social estará atuando em prol da classe trabalhadora e na defesa e ampliação dos direitos.

Portanto, a pesquisa demonstrou que o profissional atua no atendimento direito ao usuário, usando da entrevista social enquanto principal instrumento técnico-operativo, corresponde ao que lhe é demandado e requisitado dentro dos limites institucionais, partindo do entendimento que atua no ambiente hospitalar de alta complexidade, dentro de uma Unidade de Queimados, altamente qualificada tanto no que condiz a profissionais e aparelhos de saúde. Tendo o tratamento como sendo um processo longo e complexo para os sujeitos já que as queimaduras interferem na estética e na mobilidade.

Ao analisar-se os eixos dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, há muita potencialidade no eixo mobilização, participação e controle social, com ações socioeducativas, pois, com a dinâmica de grupos, poderia ser abordado com os usuários que tem seus retornos ambulatoriais no CTQ, as questões que abrangem a própria estética dentro de uma sociedade que estigmatiza a aparência, buscando desconstruir juntamente com os sujeitos esses preconceitos ligados a imagem; também poderia realizar no eixo de investigação, planejamento e gestão, buscar-se o conhecimento da rede socioassistencial e de saúde no tratamento continuado na rede, quais suas fragilidades e potencialidades. Porém, essas possibilidades só poderão ser concretizadas com a ampliação dos recursos humanos, ou seja, a contratação de mais assistentes sociais.

Diante do que foi exposto, é imprescindível colocar que a precarização das condições de trabalho impacta diretamente na qualidade de serviços prestados à população, sendo este um elemento determinante para compreender em que condições ocorrem o processamento de trabalho do assistente social no HU. Conforme as autoras Oliveira, Miranda, Souza (2018, p. 8 apud RAICHELIS, 2013) enfatizam que:

[...] mediante a conjuntura presente capitaneada pelo Neoliberalismo, o Serviço Social, tem seu exercício e meios de trabalho inflexionados pela conjuntura político-econômica, dificultando o desenvolvimento de uma assistência de qualidade e universal, que, além desse movimento de intensificação da desproteção social e desrespeito aos direitos constitucionais, vivencia também o processo de flexibilização e precarização do trabalho, atingindo direta e duplamente o(a) assistente social no âmbito da saúde que, como trabalhador/a assalariado/a sofre os mesmos processos de insegurança, instabilidade, cobranças, rebaixamento salarial, aumento da competitividade e sobrecarga de trabalho que os demais profissionais da saúde.

O Serviço Social como já foi explanado anteriormente, enquanto profissão é o produto histórico e nossas respostas profissionais não dependem exclusivamente dos profissionais, são circunstanciadas pelas determinações sócio-histórica e econômicas, principalmente pela configuração da política de saúde pública no Brasil. Dentro deste cenário adverso de redução do quadro de profissionais, desfinanciamento das políticas públicas e sociais, acirramento das expressões da questão social como o aumento exponencial da pobreza e desemprego; o assistente social tem como requisição um aumento sem precedentes das demandas, pois, com

a desregulamentação e desproteção social, o trabalhador terá enquanto única alternativa os serviços públicos precários, focalistas e imediatistas.

Neste contexto de precariedade e de regressão dos direitos humanos e sociais, o profissional sofre estes rebatimentos, sendo o mesmo, um trabalhador assalariado, submetido as condições e determinações do mercado de trabalho e configuração das políticas gerenciadas por um Estado mínimo para os trabalhadores e máximo para o capital e suas altas taxa de lucros, a custos de milhões de vidas da população trabalhadora.

Destaca-se, pois, que o acesso dos sujeitos a política de saúde perpassa vários determinantes, sendo um destes, a necessidade do investimento do Estado nos serviços disponíveis, na contratação de mais profissionais, na formação continuada, na ampliação de leitos, medicamentos e insumos. Mas, para além disso, o que deve ser construído em conjunto com a sociedade, é um amplo acesso a todos os direitos dos cidadãos e para todos, como moradia, saneamento básico, alimentação, lazer, educação, cultura, condições humanamente respeitáveis de trabalho e salário.

Esse ideário é que direciona a profissão, no cotidiano, busca-se um atendimento ético-técnico, na perspectiva dos direitos e da justiça social, porém, a realidade social nos apresenta um desmonte da proteção social, que coloca ao profissional que responda as múltiplas demandas e requisições, no tempo mínimo, no imediatismo e superficial, desconsiderando a totalidade dos sujeitos atendidos, suas particularidades e especificidades, suas condições objetivas, a complexidade das necessidades. Porém, mesmo diante, de um contexto sócio-histórico e conjuntural tão brutal e de barbárie, a categoria profissional prevalece na luta da defesa intransigente dos direitos humanos e sociais e busca atuar nos conselhos, fóruns, grupos de trabalho, como estratégias de uma contra-hegemonia à sociedade capitalista.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo enquanto problema da pesquisa: “Conhecer como se expressa o exercício profissional do assistente social junto aos usuários e suas famílias durante o período de internação no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Universitário de Londrina? ”, a realização deste trabalho foi organizada em três capítulos. Para isso então, tomamos como referência nos aprofundarmos em relação aos objetivos específicos delimitados foram: identificar quais as principais demandas apresentadas pelos usuários e suas famílias; descrever as respostas construídas pelo assistente social e quais são seus principais instrumentos e técnicas; apontar as potencialidades e limites para a atuação do assistente social. Foi possível ao longo da construção dessa pesquisa responder aos objetivos específicos por ela delimitados.

Quando se propôs a investigar sobre o trabalho do assistente social no HU, particularmente no Centro de Tratamento de Queimados, foi possível apresentar no primeiro capítulo, uma breve abordagem histórica do Serviço Social nos anos de 1980, dando ênfase, no processo denominado “intenção de ruptura”, que buscou romper com o conservadorismo que regia a profissão até então, tendo na aproximação com a teoria marxiana, construir criticamente e de forma coletiva uma formação e exercício profissional crítico, levando em consideração os determinantes econômicos, sociais e culturais de uma sociedade, reconhecendo a exploração e dominação de uma classe sob a outra. Posteriormente foi abordado o advento do neoliberalismo, a partir dos anos de 1990, no cenário brasileiro, tendo seus rebatimentos nas políticas públicas e sociais e consequentemente na profissão, que por meio, da reforma gerencial, promovida em 1995 pelo governo Cardoso, implanta a ideia de um estado gerencialista, criando inúmeros subterfúgios para as parcerias público-privada, adota o cidadão como consumidor, desmontando os direitos trabalhistas e a proteção social recém conquistada pela Constituição Federal de 1988.

No segundo capítulo, fez-se uma breve contextualização do Sistema Único de Saúde e como se configura, denota a importância dos princípios do SUS como o acesso universal e integral, um fato inédito no Brasil, visto, que para quem não podia pagar era oferecido de forma caricata e benevolente e restrita o acesso mínimo à saúde nas Santas Casas, porém, com o marco regulatório da Carta Magna-88, “todos”, reconhecidos enquanto cidadãos, tem direito ao atendimento à política de

saúde de qualidade e integral em qualquer lugar do país. A participação comunitária é uma conquista que fundamenta a criação dos conselhos de saúde, conferências, fóruns, viabilizando assim, que a gestão dos recursos e orçamentário seja compartilhado, não feito de forma arbitrária e unilateral pelo Estado, claro, que esse espaço é permeado por correlação de forças, mas, é fundamental pelo reconhecimento da saúde enquanto direito e não favor ou apadrinhamento e “voto do cabresto”, como ocorria no passado recente. Apresenta-se o desmonte e ataque ao SUS nos últimos anos, pelos governos Temer e Bolsonaro, por meio, do congelamento de gastos por 20 anos na política de saúde e educação e também pelo regresso na política de saúde mental, com práticas manicomiais reservando leitos, comunidades terapêuticas comandadas por ONGs conservadoras religiosas, reduzindo o financiamento para a contratação de recursos materiais e humanos. A seguir, apresenta o Serviço Social na saúde com ênfase no âmbito hospitalar, abordando como se dá o cotidiano profissional e o que é requisitado do profissional nestas instituições e os rebatimentos no seu processo e condições de trabalho e qual é seu arcabouço teórico-metodológico e instrumentos legais utilizados.

No terceiro capítulo, buscou-se apresentar quais são requisições, demandas e competências apresentadas no cotidiano profissional, para tanto foi feita uma análise institucional e do Serviço Social no hospital. Posteriormente, foi apresentado os dados empíricos da pesquisa realizada, por meio, dos gráficos, e finalizou-se com a análise das demandas, instrumentos, e ações profissionais desenvolvidas pelo profissional diante do contexto de precarização e regressão de direitos. Pode-se compreender que as principais demandas apresentadas são de cunho socioassistenciais, levando em consideração o ambiente hospitalar, as ações profissionais em sua predominância se dá nas orientações dos direitos previdenciários, das normas e rotinas institucionais, dos encaminhamentos realizados a Casa de apoio, utiliza-se majoritariamente da entrevista social para o conhecimento da realidade social dos sujeitos atendidos e suas famílias, para através desta, corresponder as demandas apresentadas, sempre fazendo um atendimento humanizado com a acolhida e escuta qualificada.

O assistente social é um profissional que tem enquanto direção social um compromisso ético-político, portanto, durante o período de estágio, foi possível observar nos atendimentos aos sujeitos, que a defesa intransigente contra qualquer tipo de preconceito estava presente, a defesa dos direitos humanos e sociais, da

dignidade humana, a divulgação de informações concernentes aos direitos dos usuários. Ainda é importante apontar que a capacitação continuada é uma exigência que se faz aos profissionais, pois, as legislações estão em constantes mudanças, sendo necessário sempre manter-se atualizado para assim orientar com qualidade os sujeitos. Todavia, tanto a qualidade do trabalho e aprimoramento profissional é perpassada pelas condições de trabalho, portanto, como já foi apresentado, vivenciamos um agravamento da precariedade das condições de trabalho, desregulamentação das leis trabalhistas, desfinanciamento das políticas públicas e sociais, impondo, aos trabalhadores uma sobrecarga de trabalho, pressões para cumprimento de metas e demandas, além, da não reposição dos profissionais que se aposentam e contratos temporários de trabalho, sem nenhum direito de férias ou contribuição previdenciária.

Porém, a potencialidade do exercício profissional é possível, por meio, de parcerias em projetos de extensão com diversas áreas de conhecimento, possibilitando a criação de grupos de reflexão conforme já colocado em relação a estética e os estigmas sociais, a abertura de especializações com o objetivo de aprofundamento do conhecimento do funcionamento das redes de serviços socioassistenciais, saúde e educação, dentre outras. Pode-se também ser feitas articulações juntamente com as equipes multiprofissionais de outros estados e regiões, para cursos e trocas de experiências profissionais, no atendimento aos sujeitos que são pacientes tratados na unidade de queimados.

A experiência enquanto estagiária, no período de um ano, foi excepcional tanto pessoal quanto para a formação profissional. No cotidiano, juntamente, com a supervisora de campo, foi possível vivenciar inúmeras situações e compreender que a humanização do atendimento é fundamental diante de um contexto que o sujeito, muitas das vezes, está em condições extremamente precárias de vida, fisicamente, emocionalmente. O profissional ao abordar e realizar o primeiro atendimento, já fazendo a acolhida, demonstrando para o usuário que ele é um sujeito e cidadão que acessa um serviço de saúde enquanto seu direito e que deve ter o melhor atendimento possível dentro das condições existentes, constrói dessa forma uma relação de respeito e confiança, visando sempre o respeito a diversidade e as escolhas dos usuários, com a perspectiva da defesa da autonomia dos sujeitos e não da imposição da instituição.

Ainda foi possível vivenciar como a sociedade é machista,

preconceituosa e misógina. Houve o feminicídio da mãe e filha, pelo genitor e marido. Na posição de mulher e estagiária, foi muito complexo problematizar a morte da mãe e filha, por um homem alcoolizado, que tomado por fúria lhes ateou fogo ceifando-lhes à vida semanas depois. Foi feito desde o primeiro atendimento a família até o acompanhamento social durante todas as visitas dos familiares ao leito, foi feito contato com a rede de serviços da cidade de origem para conhecimento da realidade social e das condições de proteção dos outros filhos; foi prestado o depoimento judicial e elaborado o relatório social descrevendo todo atendimento prestado. O assassino foi preso, porém, as vidas usurpadas não terão retorno e os filhos ficarão órfãos da mãe. Essa problemática apresentada, não é uma exceção na sociedade, o feminicídio ocorre todos os dias, a violação de direitos das crianças também.

Essa narrativa é narrada em todo o país na vida de muitas mulheres e crianças, mas, o que se reflete é que temos um Estado violador de direitos, isso também, se reflete e se naturaliza na sociedade, alienando as subjetividades dos sujeitos, propagando preconceitos, naturalizando os abusos e assassinatos, banalizando e usando o termo “mimimi”, desconsiderando todo o contexto histórico-social de escravismo e patriarcado, exploração e dominação de classe, acumulação versus extrema pobreza e miserabilidade.

Ainda foi possível ver a importância da política de saúde, pois, até então não possuía conhecimento da existência de um centro de tratamento de queimados e como é demandado pela população. Sendo um serviço altamente especializado, exige profissionais muito qualificados e um aparato ambiental como uma UTI, que funcionada 24 horas, exige insumos e materiais, também muito específicos. Além da malha compressora, para que os pacientes tenham uma recuperação eficaz. Todos esses serviços e o que os abrangem é financiado pelo SUS, isso nos faz refletir e analisar o quanto a defesa do SUS é primordial e ponto fulcral para que não se perca esses serviços disponibilizados e para que se amplie os mesmos, que ocorra mais construções de centro de tratamento de queimados, pois, além de ter profissionais excelentes também forma mais profissionais já que é um hospital escola e pode oferecer residências nos outros hospitais. Pontuo ainda que pode ser muito construtivo a parceria do Centro de Tratamento de Queimados com os bombeiros e demais serviços de saúde, em campanhas preventivas ao longo do ano, com a pretensão de informar a população sobre os riscos do fogo e outras substâncias e como proceder nos primeiros socorros, pode-se elaborar cursos regionais de



capacitação com profissionais da saúde e educação para atuar como multiplicadores das informações.

Portanto, durante o período vivenciado, no Centro de Tratamento de Queimados, pude conviver com os diversos profissionais, compreender o fluxo e a dinâmica dos serviços, perceber como os profissionais são qualificados, realizam um atendimento humanizado. O assistente social responsável na prestação do atendimento dos sujeitos e suas famílias sempre está disponível quanto requisitado pela equipe, faz visitas diárias aos leitos, constrói um relacionamento respeitoso e ético com a equipe multiprofissional e com os usuários; enquanto orientação de campo, sempre se mostrou aberto a questionamentos e orientações pertinentes ao exercício profissional e tem enquanto direção profissional o código de ética da profissão, possui um conhecimento amplo da rede de serviços e das políticas, principalmente, da saúde. A expectativa enquanto profissional, é muito grande para aprofundamento da política de saúde e do exercício profissional, com maior interesse no Centro de Tratamento de Queimados.

## REFERÊNCIAS

- ABEPSS. **Lei de Diretrizes Curriculares: Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social**. Rio de Janeiro, nov. 1996. Disponível em: <[http://www.cressrs.org.br/docs/Lei\\_de\\_Diretrizes\\_Curriculares.pdf](http://www.cressrs.org.br/docs/Lei_de_Diretrizes_Curriculares.pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2020.
- ANDERSON, Perry. **Balanço do neoliberalismo**. In SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.) Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23.
- ANTUNES, R.; PRAUN, L. D. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 1, p. 407-427, 2015. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282015000300407&lng=pt&nrm=iso&tling=pt#aff01](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282015000300407&lng=pt&nrm=iso&tling=pt#aff01)>. Acesso em: 24 jul. 2020.
- ALVARENGA, Darlan. Desemprego no Brasil salta a taxa recorde de 14,6% no 3º trimestre e atinge 14,1 milhões. **O Globo**, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/11/27/desemprego-no-brasil-atinge-146percent-no-trimestre-encerrado-em-setembro.ghtml>>. Acesso em: 01 dez. 2020.
- BARROCO. Maria Lucia. Memória e conquistas históricas. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 128, p. 178-180, jan. /abr. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n128/0101-6628-ssoc-128-0178.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2020.
- BRASIL. [Constituição (1988) ]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, [2016]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 11 jul. 2020.
- \_\_\_\_\_. **Constituição Federal (Artigos 196 a 200)**: Seção II da Saúde. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicao\\_federal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicao_federal.pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2020.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <[www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br)>. Acesso em: 02 out. 2020.
- \_\_\_\_\_. Código de ética do/a assistente social. **Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. - 10ª. Ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012].
- \_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro. IBGE, 2020.100

p. Disponível em: < <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. > . Acesso em: 20 out. 2020.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019.** Disponível em:< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm)>. Acesso em: 15 set. 2020.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. Disponível em:< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm)>. Acesso em: 15 set. 2020.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 10.531 de 26/10/2020.** Institui a Estratégia Federal de Desenvolvimento para o Brasil no período de 2020 a 2031. Brasília, DF, Senado, 2020. Disponível em:< <http://legis.senado.leg.br/norma/32908360>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Nota Técnica 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas.** Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. 2019. Disponível em:<[https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/11\\_23\\_14\\_123\\_Nota\\_Te%CC%81cnica\\_no.11\\_2019\\_Esclarecimentos\\_sobre\\_as\\_mudanc%CC%A7as\\_da\\_Politica\\_de\\_Sau%CC%81de\\_Mental.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Te%CC%81cnica_no.11_2019_Esclarecimentos_sobre_as_mudanc%CC%A7as_da_Politica_de_Sau%CC%81de_Mental.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS.** Disponível em:< <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/politica-nacional-de-saude-bucal/sobre-o-programa/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>>. Acesso em: 03 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016.** Disponível em:< <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>>. Acesso em: 30 out. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. FIOCRUZ. Vice-Presidência de Serviços de Referência e Ambiente. Núcleo de Biossegurança. NUBio **Manual de Primeiros Socorros.** Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz, 2003. 170p. Disponível em:< <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/biosseguranca/manualdeprimeirosocorros.pdf>>. Acesso em: 30 marc. 2021.

BEHRING, Elaine Rossetti. Expressões políticas da crise e as novas configurações do Estado e da sociedade civil. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**, 2009. Disponível em: <<http://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/morena.marques/disciplina-servico->

social-e-processos-de-trabalho/bibliografia/livro-completo-servico-social-direitos-sociais-e-competencias-profissionais-2009/view>. Acesso em: 25 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. Política Social no contexto da crise capitalista. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**, 2009. Disponível em: <<http://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/morena.marques/disciplina-servico-social-e-processos-de-trabalho/bibliografia/livro-completo-servico-social-direitos-sociais-e-competencias-profissionais-2009/view>>. Acesso em: 25 jul. 2020.

BERWIG, Solange E. **Os Trabalhadores do SUAS: regulação e resistência em tempos de reforma do Estado brasileiro**. 2018. Tese (Doutorado) –Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <<http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/8400#preview-link0>>. Acesso em: 25 ago. 2020.

BRAVO, Maria Inês. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 1996.

\_\_\_\_\_. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs.) **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. O trabalho do assistente social nas instâncias de controle democrático. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**, 2009. Disponível em: <<http://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/morena.marques/disciplina-servico-social-e-processos-de-trabalho/bibliografia/livro-completo-servico-social-direitos-sociais-e-competencias-profissionais-2009/view>>. Acesso em: 6 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. Menezes, Juliana Souza Bravo de. Pelaez, Elaine Junger. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social**, Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020. Disponível em: <[https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25630/25147](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147)>. Acesso em: 15 out. 2020.

\_\_\_\_\_. Ciclo de debates: **Serviço Social e as Residências em Saúde**. In: Fórum Regional Sul em Defesa da Formação e do Trabalho com Qualidade em Serviço Social. **Ciclo de Debate: Serviço Social e as Residências em Saúde**, 05 e 06 de novembro de 2020, Plataforma Meet. ABEPSS Região Sul, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011\\_CFESS.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf)> Acesso em: 11 ago. 2020.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, 2010. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atualizacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 03 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. **RESOLUÇÃO CFESS nº 493/2006 de 21 de agosto de 2006.** Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Brasília: CFESS, 2006. Disponível em:<[http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao\\_493-06.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf)>. Acesso em: 30 ago. 2020.

\_\_\_\_\_. **RESOLUÇÃO CFESS nº 533, de 29 de setembro de 2008.** Regulamenta a Supervisão Direta de Estágio no Serviço Social, Brasília: CFESS, 2008. Disponível em:<<http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao533.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2019.

Cabral, Umberlândia. Número de desempregados chega a 14,1 milhões no trimestre até outubro. **Agência IBGE notícias.** Rio de Janeiro, 2020. Disponível em:<<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29782-numero-de-desempregados-chega-a-14-1-milhoes-no-trimestre-ate-outubro>>. Acesso em: 30 dez. 2020.

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **CONASEM Notícias:** Reconhecer a importância do SUS é o primeiro passo contra a pandemia #DefendaoSUS. Disponível em:<<https://www.conasems.org.br/reconhecer-a-importancia-do-sus-e-o-primeiro-passo-contr-a-pandemia-defendaosus/>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

COSTA, LOBATO, RIZZOTTO. Reforma da previdência: o golpe fatal na seguridade social brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 5-14, jan. /mar. 2019. Disponível em:<<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43n120/5-14/pt>>. Acesso em: 15 out. 2020.

DRAIBE, Sônia Míriam. **Brasil:** o sistema de proteção social e suas transformações recentes. Santiago: Nações Unidas, 1993.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

IAMAMOTO, Marilda & CARVALHO, Raul. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1983.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**, 2009. Disponível em:<[unifesp.br/campus/san7/images/servico-social/Texto\\_introdutorio\\_Marilda\\_Iamamoto.pdf](http://unifesp.br/campus/san7/images/servico-social/Texto_introdutorio_Marilda_Iamamoto.pdf)>. Acesso em: 18 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 120, p. 608-639, dez. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282014000400002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282014000400002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 jul. 2020.

KRÜGER, T. R. Serviço Social e Saúde: espaço de atuação a partir do SUS. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 10, p. 123-145, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634891/2790>>. Acesso em: 30 nov. 2020.

LIMA, T. C. S. de; MIOTO, Regina Célia Tamasso; PRÁ, Keli Regina Dal. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 7, p. 01-12, 2007. Disponível em: <[http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/DI%C3%81RIO%20DE%20CAMPO%20\(1\).pdf](http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/DI%C3%81RIO%20DE%20CAMPO%20(1).pdf)> . Acesso em: 18 jul. 2020.

MARTELLO, Alexandro. Saúde pode ter perdas bilionárias com PEC do teto, avaliam entidades: Conselhos estimam perdas de mais de R\$ 400 bi nos próximos 20 anos. Para Conselho Nacional, PEC seria a 'morte' do SUS. Governo contesta. **O Globo**, Rio de Janeiro, out. 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/economia/noticia/2016/10/saude-pode-ter-perdas-bilionarias-com-pec-do-teto-avaliam-entidades.html>>. Acesso em: 18 jul. 2020.

MARTINELLI, M. L. Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica. **Revista Intervenção Social**, n.28, p. 9-18, 2003. Disponível em: <<http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1060>>. Acesso em: 30 nov. 2020.

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 55, 1997, p.114- 129.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MOTA, Ana Elisabete. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**, 2009. Disponível em: <<http://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/morena.marques/disciplina-servico-social-e-processos-de-trabalho/bibliografia/livro-completo-servico-social-direitos-sociais-e-competencias-profissionais-2009/view>>. Acesso em: 27 jul. 2020.

NARCISO, Argéria Maria Serraglio, et al. **Plano de Ações Do Serviço Social no Hospital Universitário De Londrina 2019/2022**. Londrina, 2020.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

\_\_\_\_\_. Transformações societárias e Serviço Social: Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 50, 1996.

\_\_\_\_\_. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. **Saúde e Serviço Social: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

\_\_\_\_\_. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_. **Ditadura e Serviço social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós 1964**. 16ª edição. São Paulo: Cortez, 2011.

OLIVEIRA, H. M. F.; MIRANDA, A. P. R. S.; SOUSA, F.M. A ofensiva do Capital e suas inflexões sobre o exercício profissional nos serviços de saúde. In: IV Jornada Nordeste de Serviço Social, 2018, João Pessoa-PB. **Anais da IV Jornada NE de Serviço Social**, 2018.

Ortiz, Fátima Grave. **O Serviço Social no Brasil: os fundamentos de sua imagem e da autoimagem de seus agentes**. Rio de Janeiro: E-papers, /FAPERJ, 2010.

Paim JS. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 15-28, dez. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/15-28/pt>>. Acesso em: 15 out. 2020.

Pinheiro, Karina de Farias. **Os efeitos da EBSERH na gestão dos recursos humanos dos Hospitais Universitários Federais** / Karina de Farias Pinheiro. – Salvador, 2019. 126 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania) - Universidade Católica do Salvador. Disponível em: <<http://ri.ucs.br:8080/jspui/bitstream/prefix/837/1/DISSERTACAOKARINAPINHEIRO.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2020.

PORTES, Lorena Ferreira; PORTES, Melissa Ferreira. A observação e a abordagem no exercício profissional: revisitando a dimensão técnico-operativa no serviço social. In: **Cadernos da Escola de Educação e Humanidades**, Curitiba, 04: 28-35 vol. 1, 2010.

RAICHELIS, R. O Assistente Social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 117, p. 420-437, jul. /set. 2011. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282011000300003&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282011000300003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. Proteção Social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 116, p. 609-635, out./dez. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n116/03.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

SALVADOR, Evilasio. Fundo Público e Financiamento das Políticas Sociais no Brasil. **Serviço Social em Revista** (Online), Londrina, v. 14, p. 4-22, 2012. 005.

Disponível em:<

<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/12263/11632>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

Santos, Bruna Evelin da Silva. **Plano de Estágio de Serviço Social**. Londrina, 2019.

SILVA, Maria Ozanira Silva. **O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

TRINDADE. Desvendando as determinações sócio-históricas do instrumental técnico-operativo do Serviço Social na articulação entre demandas sociais e projetos profissionais. **Revista Temporalis**, Brasília, nº04, Ano II, julho a dezembro de 2001.

Disponível em:< <http://cressrn.org.br/files/arquivos/65N06Bp3L00el373q8j6.pdf> >.

Acesso em: 10 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais. In: SANTOS, Cláudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. Juiz de Fora: UFJF, 2013. p. 75.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPESS, 2009. Disponível

em:<<http://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/morena.marques/disciplina-servico-social-e-processos-de-trabalho/bibliografia/livro-completo-servico-social-direitos-sociais-e-competencias-profissionais-2009/view>>. Acesso em: 27 jul. 2020.

UEL-Universidade estadual de Londrina. Hospital Universitário Divisão de SAME/Seção de Estatística do HU. **Quadro de Internações e atendimentos de Pronto Socorro 2018**. Londrina, 2020.

\_\_\_\_\_. Universidade estadual de Londrina. Hospital Universitário de Londrina. **Planejamento Estratégico Institucional 2004/2005**. Londrina, 2020.

\_\_\_\_\_. Universidade estadual de Londrina. Hospital Universitário de Londrina. **Plano Diretor 2019/2020**. Londrina, 2020.

\_\_\_\_\_. Universidade estadual de Londrina. Hospital Universitário de Londrina. **Relatório de Atividades 2016**. Londrina, 2020. Disponível em:

<http://www.uel.br/proplan/novo/pages/arquivos/orgaos/HU.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2020.



## **ANEXOS**

## ANEXO A- Parecer Consubstanciado do CEP



Comissão de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O exercício profissional do Serviço Social junto aos usuários e suas famílias durante o período de internação no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Universitário de Londrina

**Pesquisador:** MELISSA FERREIRA PORTES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 45250420.3.0000.5231

**Instituição Proponente:** CESA - Departamento de Serviço Social

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.680.913

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa realizada como Trabalho de Conclusão de Curso do Departamento Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina e será desenvolvida com financiamento próprio. O projeto é apresentado na Plataforma Brasil pela orientadora, seguindo a Resolução 510, e propõe um estudo sobre a relação entre a população e o serviço de saúde público e o papel do profissional de serviço social neste processo; para tanto, a pesquisa analisa a atuação desse profissional no Hospital Universitário dessa mesma Universidade. Este trabalho começa a ser traçado durante o desenvolvimento do Estágio Curricular obrigatório em Serviço Social no Hospital Universitário de Londrina – iniciado em de 2019 e em curso até o presente momento - na divisão de Serviço Social do Centro de Tratamento de Queimados; ou seja; esta pesquisa é fruto da experiência vivenciada como estagiária. No decorrer do estágio foi possível acompanhar o processo de trabalho do assistente social e as demandas sociais apresentadas pelos usuários, fato este que despertou o interesse em aprofundar a pesquisa sobre o assunto.

O objetivo geral da pesquisa busca conhecer como se dá o exercício profissional do assistente social junto aos usuários e suas famílias durante o período de internação no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Universitário de Londrina. Os objetivos específicos são: identificar quais as principais demandas apresentadas pelos usuários e suas famílias; descrever as respostas construídas pelo assistente social e quais são seus principais instrumentos e técnicas; apontar as

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.680.913

potencialidades e limites para a atuação do assistente social.

Esta investigação científica será desenvolvida no Centro de Tratamento de Queimados, visando ao atendimento à usuários e famílias. Usuários estes, vítimas de queimaduras graves, que permanecem longo período de internação, provenientes de Londrina e de outros estados, os quais, na maioria das vezes, não conta com família próximas. Desde a admissão do usuário no hospital até a alta hospitalar, a família se torna um ponto no primordial no tratamento e decisiva na recuperação. Dessa forma, observamos, no decorrer da vivência do estágio curricular, que as queimaduras trazem desdobramentos posteriores para o cotidiano do âmbito familiar. É necessário realizar o aprofundamento desta temática, apreender em qual perspectiva se dá a intervenção do assistente social junto aos usuários e as famílias e quais os caminhos construídos pelo profissional para que esses sujeitos tenham acesso aos direitos sociais e que, realmente, se compreendam como sujeitos nesse processo saúde-doença. A pesquisa será de natureza qualitativa, fazendo uso da tipologia descritiva e contará com algumas etapas que se entrelaçaram no decorrer do processo investigativo. Serão realizados, como procedimentos metodológicos a revisão de literatura e pesquisa documental. Segundo Minayo (2009, p.21) a pesquisa qualitativa responde a questões particulares e preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Nessa perspectiva, para responder aos objetivos específicos, inicialmente será realizada a revisão de literatura para se aproximar do objeto e aprofundamento teórico. Essa pesquisa será feita através das palavras-chave: serviço social; exercício profissional; saúde. A consulta será realizada no banco de teses e artigos da Biblioteca Científica eletrônica em Linha – SciELO e respectivos autores que abordem a temática. Essa consulta de trabalhos científicos é necessária para compreensão do conceito de intervenção profissional na saúde pelo Serviço Social, a partir da Constituição Federal de 1988, com interesse em compreender essa intervenção profissional com a interface na Política de Saúde. Além dessa revisão de literatura, será feita a análise documental por meio do Plano de Ação do Serviço Social no HU, Planejamento Estratégico da Divisão de Serviço Social, Plano de Estágio e Estudo Institucional realizado no ano de 2019 e Sistema de Informação Med View. Conforme Minayo (2009, p.27), o tratamento do material nos conduz a uma busca da lógica peculiar do grupo que se está analisando, sendo esta uma a construção fundamental do pesquisador. A partir do percurso metodológico e exploratório, tem-se como perspectiva alcançar os objetivos propostos, com a intencionalidade de produzir um trabalho que contribua na construção e aprofundamento da prática profissional no Hospital Universitário e abordar criticamente o objeto da pesquisa com ética e competência.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Centro de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.680.913

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **Objetivo Primário:**

Conhecer como se dá o exercício profissional do assistente social junto aos usuários e as famílias durante o período de internação no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Universitário de Londrina.

##### **Objetivo Secundário:**

- Identificar quais as principais demandas apresentadas pelos usuários e suas famílias; - Descrever as respostas construídas pelo assistente social e quais são os principais instrumentos e técnicas utilizados;
- Apontar as potencialidades e limites para a atuação do assistente social.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com a pesquisadora, os riscos e benefícios são os descritos abaixo.

##### **"Riscos:**

A pesquisa apresenta riscos mínimos para o participante.

##### **Benefícios:**

A pesquisa trará muitos benefícios. Entre eles destacam-se:

- O retorno dos resultados da pesquisa para o Setor do Serviço Social;
- O reconhecimento da relevância do trabalho desenvolvido pelo Assistente Social do HU".

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa bastante relevante porque aborda a relação entre a população e o serviço de saúde público, levando em conta a atuação do profissional de serviço social nesse processo; tema essencial para o oportuno debate sobre políticas públicas de saúde no Brasil.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora apresenta os seguintes documentos:

- Folha de Rosto está devidamente encaminhada pela orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso que é a proponente do projeto na Plataforma Brasil, o que segue a determinação da Resolução nº 502. Está assinada também, corretamente, pelo vice chefe colegiado, responsável por assinar o Trabalhos de Conclusão de Curso, no caso do chefe do Colegiado ser orientador do trabalho.
- São apresentados, acertadamente, dois Termo de Confiabilidade e Sigilo; um deles é assinado pela orientanda - a aluna que fará o Trabalho de Conclusão de Curso - e outro Termo de Confiabilidade e Sigilo é assinado pela pesquisadora que encaminha o trabalho como orientadora.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Comitê de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.680.913

- Parecer favorável do Hospital Universitário, assinado pela Diretora Superintendente, autorizando a realização da pesquisa no Hospital;
- Projeto de Pesquisa completo.
- Carta assinada pela orientadora e pela orientanda afirmando que os trabalhos de pesquisa com documentos estão, devidamente, aguardando a tramitação do projeto de pesquisa no Comitê de ética em Pesquisa da UEL;
- O Projeto pede dispensa de TCLE, porque não há nenhum trabalho envolvendo participantes; há uma pesquisa em documentos que estão aos cuidados do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pesquisadora solucionou as pendências apontadas anteriormente, por isso, o projeto deve ser aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresenta-Lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.680.913

pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;

- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1643155.pdf	28/04/2021 18:18:47		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Cartarespostoparecer.pdf	28/04/2021 18:18:13	MELISSA FERREIRA PORTES	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	TermodeConfidencialidade.pdf	28/04/2021 18:17:30	MELISSA FERREIRA PORTES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	28/04/2021 18:15:14	MELISSA FERREIRA PORTES	Aceito
Outros	HU.pdf	18/02/2021 18:21:20	MELISSA FERREIRA PORTES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo.pdf	18/02/2021 18:18:25	MELISSA FERREIRA PORTES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	06/10/2020 21:29:36	MELISSA FERREIRA PORTES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Comissão de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.680.913

LONDRINA, 29 de Abril de 2021

---

**Assinado por:**

**Adriana Lourenço Soares Russo**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br