

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
CAMPUS ARAPIRACA  
UNIDADE DE ENSINO DE PALMEIRA DOS ÍNDIOS  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ROSEANE FERREIRA LIMA

**SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE E REDE DE ATENÇÃO DE URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA: UM OLHAR PARA A REALIDADE DO COMPLEXO HOSPITALAR  
MANOEL ANDRÉ – CHAMA**

Palmeira dos Índios

2024

ROSEANE FERREIRA LIMA

**SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE E REDE DE ATENÇÃO DE URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA: UM OLHAR PARA A REALIDADE DO COMPLEXO HOSPITALAR  
MANOEL ANDRÉ – CHAMA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas como requisito à obtenção do título de obtenção do grau de bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Martha Daniella Tenório de Oliveira

Palmeira dos Índios

2024



Universidade Federal de Alagoas – UFAL  
*Campus Arapiraca*  
Unidade Educacional Palmeira dos Índios  
Biblioteca Setorial Palmeira dos Índios - BSPI

L732s Lima, Roseane Ferreira  
Serviço social, saúde e rede de atenção de urgência e emergência: um olhar para a realidade do Complexo Hospitalar Manoel André - CHAMA / Roseane Ferreira Lima. – Palmeira dos Índios, 2024.

52 f.

Orientadora: Profa. Dra. Martha Daniella Tenório de Oliveira.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) - Universidade Federal de Alagoas, *Campus Arapiraca*, Unidade Educacional Palmeira dos Índios, Palmeira dos Índios, 2023.  
Disponível em: Universidade Digital (UD) – UFAL (*Campus Arapiraca*).  
Referências: f. 47 - 52.


1. Serviço social. 2. Política de saúde. 3. Atenção primária à saúde. I. Oliveira, Martha Daniella Tenório de. II. Título.

CDU 364

ROSEANE FERREIRA LIMA


**SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE E REDE DE ATENÇÃO DE URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA: UM OLHAR PARA A REALIDADE DO COMPLEXO HOSPITALAR  
MANOEL ANDRÉ – CHAMA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da  
Universidade Federal de Alagoas como requisito à obtenção do título de bacharela em Serviço  
Social, pela seguinte banca examinadora:

Documento assinado digitalmente  
 **MARTHA DANIELLA TENORIO DE OLIVEIRA**  
Data: 18/04/2024 18:03:18-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


---

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Martha Daniella Tenório de Oliveira

Documento assinado digitalmente  
 **FERNANDO DE ARAUJO BIZERRA**  
Data: 18/04/2024 18:43:48-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Examinador interno: Fernando de Araújo Bizerra

Documento assinado digitalmente  
 **RIRISLAYNE BARBOSA DA SILVA**  
Data: 19/04/2024 12:49:03-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Examinador externo: Ririslânje Barbosa da Silva

Data da aprovação: 24/05/2023

Dedico este trabalho aos meus pais, exemplos de honestidade e persistência e que mesmo em meio a tantas dificuldades não desistiram. Ao meu irmão Júnior (in memoriam) que me permitiu estar ao lado dele em todos os momentos, sobretudo nos que ele mais precisou.

## AGRADECIMENTOS

Começo agradecendo a Deus por todas as oportunidades que foram me dadas, e de poder estudar e o privilégio de poder estudar em uma universidade pública e por todos os livramentos no trajeto de ônibus Arapiraca-Palmeira dos Índios.

Aos meus pais Maria José, dona de casa, e Paulo, pedreiro, que com todo esforço e cada um à sua maneira, estão formando entre os seus sete filhos, a primeira na Universidade. Aos meus irmãos, Junior (in memoriam) e José Bruno que foram meu apoio nos momentos em que achei que não conseguiria. Assim como agradeço a minha madrinha Gilvete por todas as intervenções que fez em minha vida, se não fosse por ela meus caminhos teriam sido outros.

Agradeço também as minhas irmãs Rosana e Rosângela, a primeira que dedicou parte da sua juventude para cuidar de mim na ausência dos meus pais, e a segunda por me conceder a oportunidade de estudar quando os tempos não estavam bons e apenas uma de nós poderia frequentar a escola.

E falando em família agradeço a minha família de coração a minha Edileusa, o padrinho Elizeu, este que não me deixou esquecer a responsabilidade de fazer o meu TCC, e as minhas irmãs Anna Maria, Marianna e Luanna que me acolheram e me apoiaram durante todo esse tempo, com elas a minha vida ficou bem mais leve.

Os agradecimentos também vão para as amigas que fiz nas muitas turmas pelas quais passei na universidade durante todo o período de formação. As minhas amigas da psicologia, hoje excelentes profissionais ao qual me orgulho muito Gizelly, Laura, Iasmyn e Mayra, toda minha gratidão por me inserirem no grupo de vocês e me ensinarem o poder da escuta qualificada e que as diferenças são o que nos tornam únicos.

Também agradeço as minhas amigas da turma do Serviço Social que compuseram as minhas equipes de trabalho em grupo, e também as que ouviam todas as minhas reclamações, aflições e me estimulavam a não desistir Alyne, Déborah, Denise, Janaina e Jessyane, sem dúvidas vocês foram essenciais para minha formação e se tornaram amigas que foram para além da universidade.

Agradeço também a todo corpo docente por todo aprendizado em especial aos Professores Fernando, Cícero e Adielma que foram capazes de transcender o ensino além dos muros da Universidade. E minha orientadora Profa. Dra. Martta Daniella por toda orientação e dedicação.

Agradeço a minha supervisora de estágio, Betânia, que durante todo o período em que passamos juntas foi de uma extrema competência e empatia para comigo; me mostrou que ser uma boa profissional vai além dos ditames éticos e técnicos da profissão.

## RESUMO

A presente monografia aborda o processo sócio-histórico do surgimento da política de saúde no Brasil, destacando alguns períodos históricos as quais foram de suma importância para chegarmos no contexto atual de saúde pública, assim como o surgimento da profissão do Serviço Social que nasce em meio à crise política da primeira república, junto com as primeiras iniciativas do Estado com a intervenção de políticas sociais. Considerando a importância desse contexto o estudo aborda os desdobramentos da política de saúde e uma das suas organizações as redes de atenção à saúde, visando a universalidade do sistema de saúde, especificamente, a rede de urgência e emergência e a atuação profissional do Serviço Social nessa rede. O estudo tem como objetivo ressaltar a importância da trajetória da saúde brasileira, e como o Serviço Social conquistou esse espaço até os dias atuais, especial, dentro do ambiente hospitalar, ao qual foi o motivador para que este foi realizado, bem como construir caminhos para a qualificação da práxis dos assistentes sociais nesse âmbito de atuação. O estudo foi realizado através de pesquisa qualitativa de revisão bibliográfica, e está estruturado dentro de uma perspectiva crítica dialética.

**Palavras-chave:** saúde; serviço social; redes de atenção.



## ABSTRACT

This monograph addresses the socio-historical process of the emergence of health policy in Brazil, highlighting some historical periods which were of utmost importance in arriving at the current context of public health, as well as the emergence of the Social Service profession that was born in the midst of political crisis of the first republic, along with the first State initiatives with the intervention of social policies. Considering the importance of this context, the study addresses the developments of health policy and one of its organizations, health care networks, aiming at the universality of the health system, specifically, the urgent and emergency network and the professional performance of Social Services in this context. network. The study aims to highlight the importance of the trajectory of Brazilian health, and how Social Service has conquered this space to this day, especially within the hospital environment, which was the motivator for this to be carried out, as well as building paths for the qualification of the praxis of social workers in this field of activity. The study was carried out through qualitative literature review research, and is structured within a critical dialectical perspective.

**Keywords:** health ; social services; care networks.

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

APS	Atenção primária à saúde
AVC	Acidente vascular cerebral
CAPS	Caixas de aposentadorias e pensões
CHAMA	Complexo hospitalar Manoel André
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
FHC	Fernando Henrique Cardoso
HNSBC	Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho
HEDT	Unidade de emergência do agreste
IAPS	Instituto de Aposentadorias e pensões
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	10
2	<b>POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E SERVIÇO SOCIAL</b>	14
2.1	<u>O surgimento da política nacional de saúde pública brasileira e a redemocratização da saúde na década de 1980</u>	14
2.2	<u>A origem do serviço social na política de saúde brasileira</u>	23
3	<b>AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL: A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO COMPLEXO HOSPITALAR MANOEL ANDRÉ-CHAMA</b>	28
3.1	<u>A articulação entre Rede de Atenção à Saúde e a Atenção Primária à Saúde (AP</u>	28
3.2	<u>Serviço Social, Rede de Urgência e Emergência do Complexo Hospitalar Manoel André</u>	30
3.3	<u>A atuação do (a) assistente social e a articulação entre as redes de atenção à saúde para além do Complexo Hospitalar Manoel André</u>	34
4	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	43
	<b>REFERÊNCIAS</b>	46

## 1 INTRODUÇÃO

O tema discutido discorre sobre a política de saúde brasileira, um olhar para além do estágio obrigatório, dentro de um ambiente hospitalar, no Complexo Hospitalar Manoel André-Chama, especialmente, a Unidade de Terapia Intensiva, ao qual foi possível perceber a grandiosa relevância do profissional do Serviço Social na área da saúde, e despertou o interesse por esse modelo de organização do sistema único de saúde SUS. O presente faz uma análise documental de produções científicas textuais pré-existentes, que foram analisadas e debatidas ao decorrer dessa produção, datadas a partir da chegada da família real portuguesa no Brasil, conseguinte a abertura dos portos, e a relação causa e efeito desse contexto que em seu processo foram viabilizando os primeiros indícios de saúde pública orquestrada por uma intervenção do estatal mais efetiva (Martinelli, 2011, p. 504).

A abordagem utilizada fora a pesquisa qualitativa de revisão bibliográfica, sejam em suas ações ou relações sociais a partir do desenvolvimento, posteriormente, consolidação da saúde pública brasileira, esta que percorreu um longo caminho para chegar ao status que se encontra atualmente como política de saúde pública. Importante destacar que a história cronológica da saúde brasileira é anterior ao período imperial, já tendo indícios desde o Brasil colônia (Gomes; Nascimento, 2006, p.903).

Um longo processo percorrido, mais de um século para que a saúde pública brasileira tivesse um sistema capaz de inserir todo o território nacional sem distinções. Assim, garantida pela Constituição Federal de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado, portanto deve ser prestada a qualquer cidadão independentemente de cor, sexo, renda, deve ser executada sem nenhuma distinção. (Brasil, 1988), utilizando também das Redes de Atendimento a Saúde para um atendimento regionalizado que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010).

Foram imprescindíveis os momentos históricos aos quais o país reagiu as diversidades econômicas postas ao capital, uma vez que, fora através das crises econômicas, e presente demanda da “questão social” no período republicano, que fora possível notar explicitamente a intervenção estatal com a criação das políticas sociais no país.

As Políticas sociais no Brasil têm a sua origem fortemente influenciada pelo desenvolvimento urbano industrial no qual o Estado redefiniu as suas funções e passou a utilizar diversos mecanismos institucionais de controle das forças populares, até então fora de sua esfera de intervenção. (Medeiros, 2013, p.02)

Nesse contexto de interferência estatal, e na tentativa de amenizar os impactos causados pelas expressões da “questão social”, o crescimento do índice de pobreza, de desemprego e da exclusão com privações social, econômica, cultural e política para a classe social que vive do trabalho (Medeiros, 2013, p.02) que surge o profissional do Serviço Social, nesse momento como apaziguador da ordem burguesa, desde então, o Serviço Social, passa por processos de transformação e consolidação profissional, desprendendo-se das influências da igreja católica e visando uma perspectiva histórico crítica, galgando mais espaços na políticas públicas.

A política de saúde concentra historicamente o maior campo de trabalho dos assistentes sociais, juntamente com a política de assistência social, encontra partida sofrem com a sobrecarga de funções que lhe são atribuídas, muitas destas que não competem a categoria, pois há uma má interpretação das suas atribuições e competências (Raichelis, 2010).

Haja vista a burocratização dos serviços na política de saúde, as práticas assistencialistas e politiquerias ainda presentes no contexto atual, o/ a assistente social segue tentando desvincular seu compromisso ético profissional das amarras desse sistema que dita as atribuições, competências e até mesmo como devem serem feitos os atendimentos aos usuários.

Outra questão é a tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois o problema não está no domínio de teorias que abordam o campo psicológico ou sobre doenças, mas sim quando este profissional se distancia, no cotidiano de seu trabalho profissional do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões (CFESS, 2010, p.28)

Pensar sobre o papel do Serviço Social na política de saúde através do Sistema Único de Saúde, especialmente, as Redes de Atenção à Saúde que notamos que é essencial a atuação do assistente social, uma vez que, este é o mediador entre o usuário e o sistema. Pois, nota-se que há uma fragilidade no tocante ao acesso da população marginalizada e a continuidade desses atendimentos feitos pelas redes. Faz-nos chegar há uma proposição, a atuação interdisciplinar do Assistente Social balizada por uma prática calcada na humanização do atendimento e na defesa de um sistema público de saúde que possibilite a garantia de um dos seus princípios, a integralidade do atendimento (Sodré, 2014).

Para Minayo (2009) toda investigação se inicia por um problema com uma questão, com uma dúvida ou com uma pergunta, articuladas a conhecimentos anteriores, mas também pode demandar a criação de novos referenciais.

Isto posto, compete ao Assistente Social orientar os indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais na defesa de seus direitos, consoante a isto, faz-se necessário informar aos

usuários sobre o funcionamento dos serviços, programas e redes do Sistema Único de Saúde, tendo em vista a falta de direcionamento da população usuária dos serviços da UTI pediátrica, que por conseguinte é uma população em vulnerabilidade social, sem acesso à informação e sem esclarecimentos do funcionamento dos serviços de saúde (Raichelis, 2010, p.02).

Amparando-se numa perspectiva crítica, diversos autores foram base para a elaboração teórica deste trabalho, entre eles destacam-se Yamamoto, Behring, Boschetti, Gilberto Hochaman, dentre outros autores, e os historiadores da saúde brasileira, além da legislação social e de cunho profissional. Compreender a realidade para além do aparente, entendendo os sujeitos em suas particularidades e singularidades sem esquecer de conectá-los ao todo é essencial para a realização de uma leitura dialética da sociedade que é mutável, diversos fatores influenciam em uma determinada situação, portanto esse exercício de criticidade é parte fundante desta monografia (Fanton, 2011, p.02).

Para tanto dividiu-se este trabalho em dois capítulos que possibilitam compreensão acerca do desenvolvimento da saúde pública, e a participação do Serviço Social nessa conjuntura. O primeiro capítulo discorre um pouco sobre o desenvolvimento e surgimento da política de saúde do Brasil, assim como, a inserção do Serviço Social ao enfrentamento da “questão social” em meio as crises econômicas que por vezes assolaram o país, somando a isto, a participação do assistente social na política de saúde (Miotto; Nogueira, 2014, p.63).

Já o segundo capítulo irá adentrar um pouco mais no funcionamento da saúde pública brasileira, tendo como base uma das redes de atenção à saúde - RAS, especificamente, a rede de urgência e emergência - RUE, que a partir de um olhar na atuação e a relação do Serviço Social na referida rede no âmbito hospitalar da unidade terapia intensiva pediátrica do Complexo Hospitalar Manoel André- Chama, localizado no município de Arapiraca-AL, que fora possível identificar a importância e fragilidades da mesma e os desafios que o cerca no atendimento a estes usuários com suas demandas.

Diante disso considera-se como central a discussão por melhorias nas condições objetivas no trabalho do/a assistente social que é um dos profissionais de saúde mais indicados para o gerenciamento das redes de atenção à saúde por sua capacidade técnica de execução que enxerga as diversas situações do cotidiano para além do aparente, porém os desafios postos pelas redes de atenção e suas regionalizações deixa seus usuários sem um atendimento adequado, e não por falta de competência, mas por falta de estrutura organizacional mais efetiva das redes (Hermes; Lamarca, 2013, p.2583).

Assim, é necessário construir meios para a valorização e fortalecimento das redes de atenção à saúde, bem como de potencializá-la para que os usuários da política de saúde sejam

atendidos de forma integral, além de garantias de condições dignas de trabalho para os profissionais que executam esta política (Bispo Junior, 2010, p.07).

## 2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E SERVIÇO SOCIAL

### 2.1 O Surgimento da política nacional de saúde pública brasileira e a redemocratização da saúde na década de 1980

A política Social no Brasil não acompanhou o mesmo tempo histórico dos demais países capitalistas centrais, apesar de tê-los como referências. Só a partir das primeiras décadas do século XX que a “questão social” no Brasil é colocada como questão política, uma vez que “num país de natureza capitalista, com manifestações objetivas de pauperismo e inequidade, em especial após o fim da escravidão e com imensas dificuldades de incorporação dos escravos libertos no mundo do trabalho” (Behring; Boschetti, 2011, p.78).

Para acompanhar a trajetória da política social no Brasil, assim como a “questão social”, faz-se necessário entender a transição de uma sociedade que a economia era baseada, principalmente, na mão de obra escrava na exploração da cana-de- açúcar, e café, que fora um dos últimos países da América Latina a abolir o trabalho escravo, para o capitalismo no Brasil (Silva *et al.*, 2009, p.13).

Inicialmente o capitalismo brasileiro, data dos períodos colonial e imperial. Durante o período colonial ficou conhecido como sistema de plantation, que por seu modelo de organização poderia considerado uma protoforma do capitalismo brasileiro, ou “um tipo capitalista de organização agrícola” (Gray, 1970: 21). A base econômica do país nesse primeiro momento, era mantida pela mão de obra escrava, gerando um acúmulo do capital para quem detinha os meios de produção e os territórios para plantio.

Segundo o pensamento de (Mello, 2009, p.12,) “há de prosseguir com o reconhecimento de que a diferença fundamental entre economia colonial e economia primário exportadora encontra-se, exatamente, nas distintas relações sociais básicas que lhes estão subjacentes: trabalho compulsório, servil ou escravo, de um lado, e trabalho assalariado de outro”. Tais fatos corroboravam para um desenvolvimento lento do capitalismo moderno, e um grande impacto na construção e formação do trabalho livre e assalariado, uma vez que, por não deter os meios de produção, o trabalhador, livre, permaneceu executando os mesmos serviços com a mesma consciência política.

Posteriormente a política protecionista fora dando espaço para o capital estrangeiro através da abertura dos portos na primeira república em 1890, impulsionou ainda mais a industrialização brasileira, uma tentativa expandir a economia e estimular o comércio exterior. O que por um lado foi de suma importância, já que a abertura dos portos trouxe uma



modernização para a indústria brasileira, e mais oportunidades de empregos, por outro a desleal concorrência entre alguns setores produtivos e a dependência do mercado externo (Sicsu; Castelar, 2009, p.136).

A abertura dos portos na Primeira República também trouxe desafios e consequências que influenciaram a trajetória do Brasil ao longo do século XX, uma delas fora a “criação das inspetorias de saúde dos portos, recaíam sobre os tripulantes (não apenas sobre os passageiros e cargas) as medidas sanitárias preconizadas pelas novas doutrinas sobre a transmissão e propagação das doenças” (Santos, 2004), nota-se aqui já uma medida de prevenção a saúde pública, já que, os tripulantes dos barcos a vapor corriam mais riscos de se contagiar com “doenças pestilenciais” e assim contagiar a população a qual o barco atracasse.

O contexto histórico é peça fundamental na construção das políticas públicas sejam quais forem, se tratando da política de saúde é inegável a importância da participação social na elaboração dela, assim como, segundo os autores Hochman e Santos afirmam que a política de saúde tem papel fundamental na formação do Estado nacional, ou seja, quando este toma para si a responsabilidade de centralizar as tomadas de decisões para o bem da nação, com intervenção Estatal. (...) a transformação da saúde em um bem público interage fortemente com a constituição de uma comunidade nacional e com a formação do Estado no Brasil (Hochman, 1998, p.25). Já Santos, relata que “posterior a 1915/20 é dos mais importantes na história da saúde no Brasil e faz da ‘saúde’, um campo de estudos absolutamente necessário para que se entenda a construção do Estado e as ideologias do Estado nacional na Primeira República” (Santos, 2004, p.251).

Bravo concorda com Braga quando afirma (Braga; Paula, 1985, p.41) que a saúde emerge com a “questão social” no Brasil, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado. É necessário compreender os caminhos pelos quais o sistema de saúde brasileiro perpassou até a criação do SUS e o status de política pública alcançado com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

A conjuntura histórica brasileira que propiciou o desenvolvimento das políticas nacionais da saúde pública no país, já é percebida no primeiro período republicano, uma vez que, crescentes modificações nas condutas adotadas pela adesão da elite política em um ativismo estatal em busca de melhores condições de saneamento básico e saúde pública em âmbito nacional. Segundo Hochman (2013, p.?), “um desenvolvimento da consciência pública e da responsabilidade governamental para com as condições sanitárias do país e a saúde da população”.

É válido destacar que, nesse período republicano, o país tinha recém-saído de um sistema de escravidão, no qual a maior parte da população não possuía emprego e havia um aumento exponencial do pauperismo no Brasil (Cardoso, 2008, p.82).

Somado a isso a falta de mão de obra qualificada para o trabalho nas fazendas de café e para o período inicial da industrialização brasileira foi justificativa para o aumento crescente dos imigrantes no país que disputavam com os recém “ex” escravos por trabalho.

Especificamente em relação à saúde pública, os fluxos migratórios para a cidade e os processos de urbanização e de industrialização criaram adversidades e deficiências até então desconhecidas, que atingiam imigrantes como os moradores da cidade. A densidade urbana e as crescentes conexões econômicas entre ricos saudáveis e pobres doentes intensificaram e ampliaram os efeitos externos das adversidades individuais, a ponto de tornar-se quase impossível o simples isolamento das ameaças da vida urbana, por exemplo, através da segregação espacial ou da exclusão de outros benefícios de serviços passíveis de contrato privado, como coleta de lixo e o abastecimento de água. Assim, a saúde, ou a doença, é um dos melhores exemplos dos problemas da interdependência humana e de suas possíveis soluções (Hochman, 1998, p.29)

Um ponto a observar é que o movimento de saúde pública não é um processo datado, mas sim um processo de coletivização da necessidade de combater as mazelas que foram aparecendo mesmo antes da primeira república, ora, as epidemias, endemias estavam assolando todo o mundo, e a constante chegada de mão de obra exterior para trabalhar nos cafezais, se fazia necessário traçar uma maneira de combate (Moura Junior; Ximenes, 2016, p.77).

Dessa forma, já na primeira república tem-se o ideário da reforma sanitária, os três principais objetivos da reforma sanitária, o desenvolvimento de uma base institucional para pesquisa científica, criação de uma moderna administração da saúde pública, e a erradicação das doenças endêmicas e epidêmicas (Santos, 2004, p.252). Entretanto, esses objetivos foram alcançados em níveis diferentes no país, uma vez que, alguns estados tiveram mais apoio da elite e regional. No entanto, a implementação dessas políticas de saúde era fortemente influenciada por cada estado, que tinha sua própria estrutura de saúde e autonomia para definir suas prioridades e estratégias.

No ano de 1923 é aprovada a lei Eloy Chaves, que fora o marco do sistema previdenciário do Brasil, a qual obrigava a existência da criação de caixas de aposentadorias e pensões (CAPs) para algumas categorias de trabalhadores que trabalhavam diretamente a base que fundava a economia brasileira, ou seja, a monocultura do café.

As CAPS são criadas e financiadas pela União, pelos empregadores e pelos empregados, elas eram organizadas por empresas, e o presidente de cada CAPs era nomeado pelo presidente da república tendo a participação de forma paritária dos empregados e empregadores. A

primeira CAPs criada foi a dos ferroviários em 1923, seguida pela dos estivadores e marítimos em 1926, e após 1930 as das demais categorias.

De acordo com Bravo em relação as CAPs:

Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral (Bravo, 2011, p.3)

Têm-se dessa forma o que podemos chamar de início da previdência social no país, com alguns avanços no que diz respeito a assistência médica e a aposentadoria, entretanto são minimamente restritos a uma pequena camada da população (Beltrão; Oliveira; Pinheiro, 2009).

Durante o governo Vargas, há uma tentativa de enfrentamento da crise que o país estava enfrentando. A política Social teve um novo direcionamento através da Constituição do Brasil de 1937, com o reconhecimento e consolidação das Leis Trabalhistas em 1943 (CLT) que sela o modelo corporativista e fragmentado do reconhecimento dos direitos no Brasil, caracterizado de “cidadania regulada”. Esta última afirmação feita por Santos (1987), entretanto, Behring e Boschetti compartilham que, não há cidadania sem regulação, e tal caracterização parece pressupor essa possibilidade histórica.

Há um declínio da saúde pública com o fortalecimento da medicina previdenciária, na prática médica curativa que era individual, assistencialista e especializada e a articulação do Estado com os interesses do capitalismo internacional, as empresas de produção de medicamentos e equipamentos médicos. Uma prática médica que propiciava a lucratividade do setor da saúde (Paiva; Teixeira, p.19,2014).

Durante o regime militar as políticas sociais até então existentes no país vão perdendo força, já que foi um período fortemente marcado pela repressão a todo tipo de manifestação que viessem a partir de movimentos sociais.

Esse período inicialmente fora caracterizado pelas desarticulações da participação social, os primeiros governos militares em um progressivo processo de endurecimento político procuram destruir todas as iniciativas que fossem identificadas como ideário socialista (Paiva; Teixeira, 2014, p.20)

Já no setor econômico houve uma enorme abertura do capital estrangeiro, logo, avanços na industrialização e expansão do capitalismo no país, o que não se refletiu positivamente na vida de maior parte da população, haja vista a maior concentração de renda, a perda do poder aquisitivo do salário mínimo, o aumento dos preços, a crise nos serviços públicos de transporte e saúde (Sucosu; Castyelar, 2009, p.21).

Os primeiros indícios de saúde pública estão relacionados a caridade/filantropia, especificamente através das Santas Casas de Misericórdia. A política de saúde só passa a ser vista como um problema social a partir do século XX, assim como desenha a professora Bravo,

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966. (Bravo, 2011, p.4).

Uma sociedade fortemente marcada pela desigualdade aumenta progressivamente as péssimas condições de saúde da sua população, entretanto essas mesmas características podem levar as grandes massas as revoltas que propiciaram as reformas no sistema de saúde brasileiro. Tendo em vista, que a diferenciação da medicina previdenciária e a saúde pública tinham prioridades diferentes durante o regime militar (Barreto, 2017, p. 2099).

Os governos militares visavam a expansão do setor privado, uma vez que, a medicina previdenciária dos institutos de pensões, tratavam a saúde de modo individualizados e com foco urbano.

Portanto, ampliaram a compra de serviços pela previdência e facultaram incentivos fiscais às empresas, para contratação de companhias privadas ou cooperativas de médicos que prestassem serviços de saúde aos seus funcionários- convênios empresas (Paiva; Teixeira, 2014, p. 17)

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, desfez o modelo de gestão tripartite (união, empregadores e empregados), para mais, retirando a participação social da gestão da previdência.

Já a saúde pública ficara a cargo do ministério da saúde (MS), órgão do Poder Executivo Federal Criado em 1953 pela lei nº 1920, responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde dos brasileiros, e de cunho preventivo, seguindo assim a mesma logística da Era Vargas (Meireles, 2018, p.02)

No que concerne à saúde pública, o período é marcado pela instauração de uma crise de recursos e pelo enfraquecimento da capacidade do ministério da saúde (Paiva; Teixeira, 2014, p.20), entretanto o Ministério dos Transportes e as forças armadas elevaram os seus investimentos no mesmo período.

Alguns avanços começaram a acontecer a partir da criação do Sistema Nacional de Saúde através da Lei 6.229 de 1975 que incumbia ao Ministério da Saúde a responsabilidade

pela coordenação da vigilância epidemiológica em todo território nacional, bem como a fiscalização e controle sanitário e outras medidas e ações de corte coletivo.

A literatura que analisa esse período identifica na proposição desse sistema de saúde uma iniciativa que terminaria por consolidar, no MS e no Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS), a separação dos campos de saúde pública e da assistência médica previdenciária. (Paiva; Teixeira, 2014, p.21)

As contradições do regime militar brasileiro evidenciam um dos períodos em que o país mais cresceu economicamente, já que, teve um crescimento considerável de capital estrangeiro, haja vista, os cortes realizados durante todo esse período nas políticas sociais houve uma redução de gastos consideráveis. Esse crescimento não ocorreu de forma homogênea, houve uma concentração de riqueza para pequena parte da sociedade, enquanto a grande maioria sofria com a perda do poder aquisitivo do salário-mínimo, aumento dos preços, crise nos serviços públicos de transportes e de saúde (Campos, 2007, p.116).

Passada a fase da abundância do pós-guerra a partir de 1970, foram necessárias compor medidas de intervenção estatal para combater a crise econômica que estava ocorrendo em escala mundial com o aumento do preço do petróleo, logo, a camada da população que já estava em condições de vulnerabilidade social, engajaram-se para os primeiros movimentos pelas reformas na área da saúde (Sucosu; Castyelar, 2009, p.11).

A reforma sanitária foi ganhando força no interior das massas de trabalhadores que reivindicavam o fim do regime militar e tem como princípios centrais a busca por uma saúde universal, o caráter intersetorial dos determinantes de saúde. O papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde, para que as indústrias médicas e farmacêuticas não dominassem o setor agindo de forma conivente aos seus interesses, a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema de saúde, controle social exercido através da participação popular nos conselhos e conferências e a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública (Cebes, 1980, p.19).

Há dois movimentos ante os sanitaristas de cunho importante para o desenvolvimento dos movimentos sociais, o primeiro, o movimento popular pela saúde, formados por grupos da igreja católica e pela militância de esquerda de bairros periféricos que visavam condições melhores para as regiões mais abastardas, obtiveram alcance nacional, outro movimento, é formado por médicos liderados por associações e sindicatos médicos. Ambos, contribuíram a formatação do movimento sanitário, em especial a partir da atuação dos grupos organizados na oitava Conferência Nacional de Saúde CNS, (Gerschman, 2004, p.237).

Muitas mudanças ocorreram no Brasil a partir de 1970, o regime militar começara a perder forças políticas, a economia estava em colapso, já que, fora necessário fazer empréstimos junto ao fundo monetário internacional (FMI) em 1983, pois a dívida externa já estava elevada 142% (Souza, 1985). Em meio a essa conjuntura surge o movimento diretas já, esse contexto impediu o governo Figueiredo de fazer seu sucessor e acelerou a transição para a democracia (Sallum Júnior, 1994, p.2).

Em 1986 acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde um marco para o movimento da reforma sanitária e para a construção do sistema de saúde pública brasileiro que veio a se materializar com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e com a Lei 8080/90 que coloca a saúde como dever do Estado e direito de todos, sem nenhum tipo de discriminação, trazendo para esta política pública um status de universalização (Paiva; Teixeira, 2014, p.23).

A reforma sanitária indubitavelmente é um marco histórico na saúde pública do Brasil, a historiografia desse movimento está elencada com a história de todo o desenvolvimento da política de saúde brasileira, as obras de Gilberto Hochman “A era do saneamento básico”, Luiz Antônio de Castro Santos “Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica”, já mencionam sobre um movimento desde o início da Primeira República que lutavam por uma saúde pública (Paiva; Teixeira, 2014, p.22)..

Outros aspectos direcionados aos estudos da reforma sanitária anterior a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o debate é sobre a participação do movimento sanitário na conquista do novo modelo de saúde, ou se o desenvolvimento aconteceu de modo linear a conjuntura da época vivenciada (Paim, 2008, p.21).

Jaime de Oliveira (1988) afirma que o movimento sanitário havia assumido uma postura inovadora, centrada na redemocratização do Estado e na formulação de um projeto contra hegemônico direcionado à ampliação da consciência sanitária e do direito à saúde, que visava à reconstrução da sociedade em novas bases. Todavia, para Gastão Wagner de Souza Campos pg.117, (1988) observa elementos de continuidade institucional na organização da saúde do final do período militar até a implantação da reforma sanitária, as transformações da saúde, no período, caracterizar-se-iam como continuidade de um mesmo modelo de produção de serviços da saúde sobre novas bases.

Para Esping-Andersen (1985) a reforma sanitária brasileira diferenciava das demais reformas do cenário internacional, tendo em vista, que nesses cenários os movimentos sociais são compostos por classes sociais opostas, diferentemente da reforma sanitária brasileira, que é um movimento composto pela elite intelectual esclarecida, identificada com ideias

progressistas, que ao tomar espaços estratégicos do Estado, sobretudo junto ao poder executivo sem alterar a estrutura vigente.

Apesar das contradições analisadas pelas diversas perspectivas, a reforma sanitária fora de extrema importância para os próximos passos que a saúde pública desenvolvera. Posteriormente, o SUS já era uma realidade posta, e conseguinte, o movimento sanitário se desvincula do sistema de saúde, ou seja, não tem o mesmo caráter ante a reforma sanitária (Silva, 2014, p.160).

Em 1990 através da Lei nº 8080, foi instituído o Sistema Único de Saúde, cuja sua ampla rede abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica (Coelho; Ferraz, 2020, p.02).

As ações e serviços de saúde são vistas como de relevância pública e passa a ser regulada pelo estado. Nesse processo constituindo um Sistema Único de Saúde, o SUS, como uma rede regionalizada, hierarquizada, descentralizada, de atendimento integral e com a participação da comunidade (Vieira, 2020, p.14).

O sistema de saúde brasileiro se inspirou nas premissas do estado de bem-estar social europeu. Muito embora, sabe-se que no Brasil nunca houve estado de bem-estar. Como faz referência o autor,

(...) o SUS foi concebido para enfrentar dupla tarefa: combater a pobreza e a desigualdade social, superando o limite de cobertura do seguro social (pelo qual os contribuintes apenas tinham direito ao acesso) e o modelo privatista do regime militar no setor de saúde (1964-1985). (Ocke-Reis, 2016, p.21)

A década de 1980 representou grandes conquistas não só para a política de saúde, mas também para outras reivindicações da classe trabalhadora, muitos avanços foram possíveis. Entretanto em 1990 o neoliberalismo trouxe um redimensionamento do papel do Estado através do estado mínimo e o que se tinha alcançado através de muita luta e espera pela população acaba sendo fragmentado e precarizado com o modelo de não intervenção estatal na Europa e dos EUA:

A onda conservadora de reformas no plano político, econômico e social dos vários países repercutiria fortemente no Brasil, reforçando as tendências de adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase, a partir de 1994, na estabilização da moeda; privatização de empresas estatais; adoção de reformas institucionais fortemente orientadas para a redução do tamanho e das capacidades do estado (Paiva; Teixeira, 2014, p.22)

A proposta de política de saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A saúde vincula-se ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos (Bravo, p.14)

Adentra nos anos de 1990 com um governo de perspectiva neoliberal, o Brasil passa a experimentar mais diretamente a crise que o mundo já conhecia. O país sente mais fortemente os efeitos da mundialização do capital. Seguindo a lógica neoliberal, a privatização de empresas estatais e a terceirização se tornam cada vez mais frequentes o que sustenta a ideia de um novo mundo do trabalho e a tese de um estado mínimo. Por razões diferentes da ditadura militar, a ofensiva neoliberal representou um novo e mais profundo golpe as políticas públicas no país (Silva; Oliveira, 2022, p.71).

Os primeiros anos do neoliberalismo no país é a época feroz, na qual se possibilitou uma reforma de Estado feita pelo governo Collor, já que é neste governo que o país abre de vez as portas para o neoliberalismo e a sua bagagem destruidora (Almeida, 2010, p.03).

A sociedade brasileira como um todo, sofre alterações com a eleição de Fernando Henrique Cardoso e com as políticas públicas não poderia ser diferente. Com a implementação do plano real, ainda no governo de Itamar Franco, e que viria a se consolidar no primeiro mandato de FHC, além é claro da continuação do neoliberalismo no país que ganha ainda mais força, as relações do mundo do trabalho sofrem mudanças significativas. Uma sociedade regida pelo neoliberalismo traz aos seus cidadãos situações totalmente diferentes, aos ricos a fartura e aos pobres a miséria (Sallum Jr, Brasílio 1999, p.29).

O avanço neoliberal deixa o rastro desastroso para as classes trabalhadoras, já que ao desestruturar o mundo do trabalho, fazendo emergir a terceirização, a informalização, a flexibilização do trabalhador interfere não somente nas suas condições objetivas, mas também nas subjetivas ao intrometer-se na organização política deles (Druck; Dutra;S, 2019, p.291).

Apesar do avanço que foi a criação do SUS, a política de saúde que está articulada ao mercado através da privatização e das ações mínimas do estado, tem caráter focalizado, fragmentado e sucateado.

Pensar a construção do sistema único de saúde brasileiro requer compreender o contexto histórico que sustentou o seu processo de criação. Hoje, o SUS é o maior sistema de saúde pública do mundo, entretanto enfrenta diversas tentativas de extinção haja vista a péssima administração que os gestores em todos os níveis de governo realizam. Um sistema que deveria atender a todos já que um dos seus princípios é a universalização, acaba por se reduzir diante



dos diversos casos de corrupção envolvendo governantes e desvio de recursos da saúde (Paim, 2018, p.22).

Contudo, por se tratar de um sistema de saúde em um país onde a maior parte da sua população vive em situação de pobreza e extrema pobreza, mesmo apresentando falhas, ele se torna essencial para a manutenção da sociedade. É mister compreender a sua importância e a luta pela manutenção para que o SUS que tenhamos seja de fato o que está inscrito na legislação (Barreto, 2017).

## 2.2 A origem do serviço social na política de saúde brasileira

O avanço capitalista traz a marca do crescimento econômico de pequenas camadas da população e da miséria e exploração de outros que representam uma maioria esmagadora, revela através da contradição entre capital X trabalho a questão social que é,

O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (Iamamoto, 2009, p.01).

São essas manifestações da “questão social” que impulsionam o movimento operário, pois ao revelar a sua face mais perversa, o capital gera nos trabalhadores o descontentamento com a situação social imposta a eles. Nos momentos de crise a classe trabalhadora revela as suas insatisfações, o que gera desconforto e perturbação para os capitalistas que desejam uma sociedade cada vez mais alienada e conformada (Barradas, 2015, p.23).

Para a manutenção da ordem social estabelecida, o capital recorre a meios mais eficientes de controle social. Uma das formas encontradas pelos burgueses foi à prática filantrópica, que contava com a ajuda da Igreja e era executada de forma a auxiliar a classe trabalhadora, mostrando o sistema capitalista como um benfeitor de desenvolvimento e que responsabilizava o indivíduo pelo seu crescimento econômico propondo como meio mais correto de se obter uma melhor qualidade de vida era trabalhar sem entrar em conflito com o patrão (Iamamoto, 2008, p.03,).

Os eventos mundiais que ocorreram nas três primeiras décadas do século XX impactaram politicamente e economicamente o Brasil, somando a isto a crise de 1929-1932 que pode considerar a primeira grande crise do capital, conhecida como a grande depressão, que mesmo o Brasil não fazendo parte inteiramente da economia global, sofrera com a redução das exportações, especialmente na exportação de commodities, como café e borracha, quando se

abre uma de expansão acelerada das relações capitalistas entre nós, com intensas repercussões para as classes sociais, Estado e as respostas à “questão social” (Behring; Boschetti, 2011, p.104)

Entretanto, o país já estava passando por um processo de organização política no início do século XX, ora seja por composição sindical, movimentos de greves, ora por formação de partido político, fundando um dos maiores partidos da época Partido Comunista Brasileiro de 1922. Logo, é possível notar que a sociedade já estava lutando pelos seus direitos, e também adquirindo uma consciência de classe para si, que segundo Marx e Engels (1932) os indivíduos só formam verdadeiramente uma classe quando assumem a consciência da sua condição de exploração e se comprometem na luta comum contra a classe dominante (Paula, 2015, p.13).

É nesse contexto de crise política e econômica das oligarquias cafeeira da República Velha, e com os entraves de exportação pela crise mundial, outros eixos da economia buscara apoio político para unir forças e diversificar o mercado interno, aproveitando assim a crise do café no país. Segundo Behring; Boschett (2011), essa crise teve como principal repercussão no Brasil uma mudança de correlação de forças no interior das classes dominantes, mas também trouxe consequências significativas para os trabalhadores, precipitando os acontecimentos na efervescente sociedade brasileira daqueles tempos.

Desse modo, pode-se dizer que houve para alguns historiadores como Wanderley Guilherme dos Santos e Florestan Fernandes a “Revolução Burguesa” de 1930 no Brasil, foi um movimento político resultante do fim da oligarquia cafeeira e o início de novas lideranças oligárquicas, as agrárias, industriais:

Em relação ao setor cafeeiro, a revolução de 30 inaugura, em plena depressão, um keynesianismo *avant la lettre*, preocupando-se com a manutenção do nível de emprego e procurando solucionar a questão via compra e queima de estoques. O gargalo de todo o problema econômico do país encontrava-se, entretanto, na diferenciação industrial e, tal como a experiência das décadas anteriores demonstrara, não se podia confiar que fosse obtida pela simples operação do mercado *laissez-fairiano* (Santos, 1979, p.74).

Todavia, para outros autores o movimento de 1930 não fora uma revolução, e sim uma espécie de quartelada, e ou um momento de inflexão no longo do processo de constituição de relações sociais tipicamente capitalistas no Brasil. (Behring; Boschetti, 2011, p.105). Esse período conhecido como Era Vargas, que se estendeu até 1945 e foi marcado por um regime autoritário, com controle político e econômico centralizado nas mãos do governo. Durante esse período, foram implementadas diversas medidas de cunho nacionalista e intervencionista na economia.

Diante do exposto sobre 1930 pode-se afirmar que independente da nomenclatura utilizada para denominar esse período histórico, revolução ou não, é nítido os traços de desenvolvimento econômico que foram trilhados como a criação de alguns setores públicos, Ministério da Educação e Saúde Pública, Conselho Nacional de Educação e o Conselho consultivo do Ensino Comercial, Ministério do Trabalho, dentre outros. É dentro desse contexto, que a política social no Brasil passa a ser instaurada. Draibe e Aureliano (1989) consideram que é difícil estabelecer com precisão o âmbito específico dessa política no Brasil devido ao caráter fragmentado, diversificado, desorganizado, indefinido e instável das suas configurações.

Decerto, tal investida se deu pela crescente oposição da classe trabalhadora, dos movimentos radicalizados e da polarização que o país estava enfrentando, de um lado a intona comunista e do outro o movimento fascista brasileiro. Demais a “questão social” até o momento era tratada como caso de polícia, mais tarde passou a utilizar desses mesmos mecanismos em benefícios próprios com a “regulamentação das relações de trabalho no país, buscando transformar a luta de classes em colaboração de classes, e o impulso do à construção do Estado social, em sintonia com os processos internacionais (Behring; Boschetti, 2011, p.79).

É nesse cenário, que o Estado passa a desenvolver ações voltadas para “regular” a classe trabalhadora, e os movimentos. Ademais a “questão social”, agora, deixa de caso de polícia, e o Estado busca formas de enfrentá-las. Mais tarde, foi fundado o Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), voltado para a formação técnica especializada, a partir do qual surgiu a primeira escola de Serviço Social na PUC de São Paulo, em 1936, vinculada inicialmente à ação social, com formação baseada na doutrina social da Igreja Católica (Oliveira; Chaves, 2017, p.73). Posteriormente outras criações como o código de menores em 1941, a lei brasileira de assistência (LBA), em 1942.

O Serviço Social surge no Brasil em 1936, junto com a criação da primeira escola de Serviço Social do país,

As condições peculiares que determinaram o seu surgimento como fenômeno histórico, social e como atividade profissional, e em que se produziram seus primeiros modos de aparecer, marcaram o Serviço Social como uma criação típica do capitalismo, por ele engendrada, desenvolvida e colocada permanentemente a seu serviço, como uma importante estratégia de controle social, uma ilusão necessária para, juntamente com muitas outras ilusões por ele criadas, garantir-lhe a efetividade e a permanência histórica (Martinelli, 2010, p.66).

A primeira forma de ser do Serviço Social está alinhada com esse objetivo do capital, o que acarreta a profissão uma contradição que diz respeito a sua natureza e identidade, já que a identidade do Serviço Social é dada pelo modo de produção capitalista.

A origem do Serviço Social como profissão tem, pois, a marca profunda do capitalismo e do conjunto de variáveis que a ele estão subjacentes – alienações, contradição, antagonismo –, pois foi nesse vasto caudal que ele foi engendrado e desenvolvido (Martinelli, 2010, p.66).

O Serviço Social é demandado nesse contexto, organizando-se em instituições da sociedade, na perspectiva de ajudar e assistir o “necessitado”, o “deficiente” e o “desajustado” socialmente (Oliveira; Chaves, 2017, *apud* Lima, 1983, p. 50). Por conseguinte, o Serviço Social surge junto com as Políticas Sociais para regular, e ou enfrentar e combater os problemas da “questão social”, além disso, na mesma conjuntura histórica a política de saúde também fora consolidada, tendo assim, as primeiras intervenções do Estado na saúde.

Ao enxergar a profissão nos seus primeiros anos de instituída, percebe-se que a expansão dela ocorre no final da Segunda Guerra Mundial, assim como uma maior inserção da profissão na área da saúde. Em 1948, a organização mundial da saúde (OMS) fez o recrutamento de assistentes sociais para atuar no novo conceito de saúde com foco no trabalho multidisciplinar que permitiu:

Suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médico e social (Bravo; Matos, 2016, p. 29).

O trabalho do assistente social é de grande importância para o capital, pois vai fazer com que os trabalhadores estejam com boa capacidade de produção, dessa forma aumentando e melhorando a produção, “entre outros termos: tratam de centrar esforços na busca de um equilíbrio tenso entre capital e trabalho, na árdua tarefa de conciliar o inconciliável” (Iamamoto, 2008, p.87).

As primeiras ações dos profissionais na área da saúde estavam relacionadas a inspeção de doenças transmissíveis e hereditárias, conhecido como serviço social médico, como sendo um educador sanitário. No período pós 1945 intensifica-se a atuação da categoria em hospitais na tentativa de mediar os interesses das instituições, bem como dos usuários em relação ao acesso de serviços e benefícios. De acordo com Bravo e Matos (2016, p.456) alguns dos instrumentos utilizados pelos profissionais eram o plantão, triagem, seleção, encaminhamento, concessão de benefício e orientação previdenciária, sempre de cunho curativo e hospitalar.

As mudanças propostas entre 1950 e 1960 referente a saúde não tiveram impactos no trabalho dos assistentes sociais, pois, estes mantiveram-se suas ações focadas âmbito hospitalar. Ao contrário de 1964 que pós ditadura militar o Serviço Social sofrera impactos no trabalho exercido pelo assistente social na área da saúde, o que levantou o debate sobre o conservadorismo da profissão.

A modernização conservadora implantada no país exigiu a renovação do Serviço Social, face às novas estratégias de controle e repressão das classes trabalhadoras efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalidade burocrática (Bravo; Matos, 2016, p.25).

Ainda sobre o cenário de alterações na política de saúde, é de grande importância, destacar os avanços adquiridos do movimento sanitário o fortalecimento do setor público em contraposição do setor privado em 1970. E já em 1986 após a 8º Conferência Nacional da Saúde, já destrinchada anteriormente, ‘é o marco da histórico mais importante na trajetória da política de saúde neste país’ (Bravo; Matos, 2016, p.457), haja vista que o relatório dessa conferência somou as iniciativas dos partidários a Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal.

Os assistentes sociais passam então por uma dualidade de preocupações em relação ao contexto vivenciado,

O Serviço Social está recebendo influências desta conjuntura (de crise do Estado Brasileiro, de falência de atenção à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente e construção de uma reforma sanitária brasileira), mas, por outro lado, está passando por um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social Tradicional (anterior à década de 1980), havendo, assim, uma intensa disputa pela nova direção a ser dada à profissão (Bravo; Matos. 2016, p 34).

A relação Serviço Social e década de 1980 é intrínseca, pois Segundo Bravo e Matos (2016) significa o início da maturidade da tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria- intenção de ruptura- e, com isso a interlocução real com a tradição Marxista.

A atuação profissional pautada sobre os princípios éticos de emancipação humana defendidos pelos profissionais através do código de ética profissional torna-se o grande norteador da práxis do serviço social nas diversas políticas públicas. Entretanto como descrito na primeira parte deste capítulo as mudanças trazidas a partir do neoliberalismo da década de 1990 representaram uma perda significativa para as políticas sociais (Martins, 2012, p.01).

Apesar de alguns avanços no governo Lula, muito do que foi pensado não se concretizou, haja vista as investidas dos capitalistas e da manutenção de práticas até então

presentes no país. Era esperado que um governo feito por um trabalhador instituisse na prática o SUS que é legislado, contudo isso não se consolidou (Menicucci, 2011).

Os assistentes sociais estão entre os profissionais de saúde que atuam numa política cada vez mais sucateada e desvalorizada, sem investimento e sem condições mínimas de trabalho. Pensar na saúde pública e na atuação profissional requer compreender as dimensões que envolvem a práxis da profissão levando em consideração os princípios éticos (Soares, 2021, p.127).

### **3 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL: A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO COMPLEXO HOSPITALAR MANOEL ANDRE-CHAMA**

#### **3.1 A articulação entre a Rede de Atenção à saúde (RAS) e a Atenção Primária à saúde (APS)**

Para compreendermos como funciona as Redes de urgência e emergência faz-se necessário uma explicação sobre os níveis de atenção do SUS, são eles: primário, secundário e terciário, cada qual de acordo com a sua complexidade.

O primeiro diz respeito a Atenção Primária à Saúde (APS), que se desenvolve com serviços de primeiro contato do usuário com o sistema único de saúde, nesse caso com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ações de promoção, prevenção recuperação da saúde.

O segundo e o terceiro, respectivamente média e alta complexidade, organizadas em redes são: paciente com doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico, cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica, procedimentos da cardiologia intervencionista, entre outras (Brasil, 2013).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) tiveram início no ano de 1920 no âmbito internacional, mas somente no final da década de 1990 que foi implementada no Brasil, com o objetivo de validar a constituição de 1988 com a integralidade, universalidade e equidade, uma vez que, o sistema atual fragilizava o acesso a saúde por seu modelo hierarquizado, fragmentado e medicalização (Mendes, 2011). Se fez necessário repensar as particularidades e o funcionamento do SUS em sua totalidade, ou seja, se o modelo vigente estava realmente sendo universal e abrangendo toda a população, Sarreta aponta que;

A construção da rede hierarquizada na saúde não tem conseguido se efetivar e superar a implantação heterogênea, entre outras questões, colocadas pelas diversidades locais e regionais, sociais, políticas e administrativas. Conforme se defendeu em estudo anterior (Sarreta; Bertani, 2006, p.939).

A atenção primária a saúde (APS) é bastante importante, pois caracteriza-se por um conjunto de ações responsáveis pela promoção e a proteção da saúde, prevenção de quadros graves, diagnósticos e tratamentos com foco na redução de riscos.

Trata-se da principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (Brasil, 2001).

A APS que articula estrategicamente o centro comunicador e coordenador das Redes de Atenção à Saúde (RAS) responsável pela ligação entre os outros níveis de complexidade. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalacões, curativos, vacinas, solicitações de exames laboratoriais, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica (Brasil, 2018).

O nível secundário de atenção à saúde desenvolve tratamentos assistências com ambulatorios, UPAS, CAPS e hospitais especializados. É neste nível que fazem com que os hospitais das redes de urgência e emergência funcionem, com profissionais especializados em média complexidade, que prezam qualidade de vida dos pacientes/usuários(as) que sofrem de enfermidade aguda ou crônica (Erdmann *et al.*, 2013, p.03).

Já o último nível, o terciário, de atenção à saúde dispõe de hospitais com maior alcance resolutivos de casos mais complexos dos sistemas, ou seja, casos em que o usuário se encontra com sua vida ameaçada, são casos de cirurgia e reabilitação que somente a atenção do nível secundário não dá suporte (Erdmann *et al.*, 2013, p.04).

No entanto há uma fragmentação quando a atenção primária a saúde (APS) não se comunica com a atenção secundária, e essa com a terciária e vice versa, assim como não se interligam aos sistemas de apoio e logísticas. Dessa forma, fora necessário implementar um novo modelo que fosse capaz de articular as necessidades impostas pela população (Almeida *et al.*, 2020, p.16).

Sabendo-se que o SUS buscava outro modelo de organização de saúde o qual resolvesse o crescente avanço epidemiológico caracterizado pela tripla carga de doença que corresponde aos fatores socioeconômicos:

Uma agenda não concluída de casos de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco (tabagismos, obesidade, estresse, alimentação inadequada) e o forte crescimento da violência e das causas externas (Frenk, 2006, p.07).

Modificações no sistema de atenção à saúde eram fundamentais, dessa forma a RAS veio para somar com as APS para que fosse possível um sistema de atendimento horizontal. Assim diz Oliveira (2016) que as RAS são espaços que visam assegurar o compromisso com a melhora de saúde da população, ofertando serviços contínuos no âmbito dos diferentes níveis de atenção à saúde, portanto não há diferenciação se o paciente será atendido em um pronto atendimento ou em uma Unidade básica de Saúde, pois ambos são importantes para determinadas condições de saúde.



Diante dessa nova condição de tratamento onde o aparelhamento tecnológico anda junto com o apoio técnico, logístico e de gestão para um atendimento integral utilizando de todas as ferramentas para promover uma saúde de qualidade. Sendo assim, as RAS têm temáticas específicas para cada área da saúde viabilizando o tratamento e diagnóstico visando a promoção da saúde:

- Rede Cegonha, por meio da Portaria n. 1.459 de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b);
- Rede de Urgência e Emergência (RUE), por meio da Portaria GM/MS n. 1.600 de 7 de julho de 2011 (BRASIL, 2011c);
- Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Raps), pela Portaria GM/MS n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011d);
- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites), Portaria GM/MS n. 793 de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012a);
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas<sup>4</sup>, no âmbito do Sistema Único de Saúde, Portaria GM/MS n. 1.060/2002 (Brasil, 2020, p. 1)

Todavia essas redes temáticas tem o objetivo de facilitar o atendimento, integrando e formalizando as vias de acesso, é válido destacar que a APS tem papel de ordenadora dessas redes, sendo de suma importância para que haja a promoção da saúde (Santos, 2018, p.35).

De forma mais direta o sistema de saúde brasileiro é desenhado com o intuito de organizar o atendimento a partir do grau de complexidade que cada usuário apresenta de acordo com sua condição de saúde. Na atenção básica encontra-se o principal eixo, haja vista que busca identificar de forma mais direta pelo contato mais facilitado com a população usuária situações de prevenção e cuidado; os níveis secundário e terciário engloba ações que não puderam ser resolvidas na APS, e, portanto, exigem um nível de articulação entre as redes (Alves, 2011, p.99).

### 3.2 Serviço Social, Rede de Urgência e emergência do complexo Hospitalar Manoel André

O Serviço Social é uma profissão que está em processo de construção e que apesar de estar no Brasil há mais de 80 anos, sua regulamentação só fora possível em 1993, conforme o artigo 1º e 2º da Lei nº 8.662/1993, in verbis:

Art. 1º É livre o exercício da profissão de Assistente Social em todo o território nacional, observadas as condições estabelecidas nesta lei. Art. 2º Somente poderão exercer a profissão de Assistente Social: I - Os possuidores de diploma em curso de graduação em Serviço Social, oficialmente reconhecido, expedido por estabelecimento de ensino superior existente no País, devidamente registrado no órgão competente; II - os possuidores de diploma de curso superior em Serviço Social, em nível de graduação ou equivalente, expedido por estabelecimento de ensino sediado em países estrangeiros, conveniado ou não com o governo brasileiro, desde que devidamente revalidado e registrado em órgão competente no Brasil; III - os agentes sociais, qualquer que seja sua denominação com funções nos vários órgãos públicos, segundo o disposto no art. 14 e seu parágrafo único da Lei nº 1.889, de 13 de junho

de 1953. Parágrafo único. O exercício da profissão de Assistente Social requer prévio registro nos Conselhos Regionais que tenham jurisdição sobre a área de atuação do interessado nos termos desta lei. (Brasil, 1993, p.1)

Somando a isso a sua autonomia é uma das principais conquistas, mas também uma das principais dificuldades encontradas pelos profissionais, no hospital não é diferente.

As ações do Serviço Social consistem em práticas voltadas a informar, orientar, e mediar o acesso a saúde com todos os seus direitos garantidos, com a disponibilização de folders e rodas de conversas. Desse modo, a prática profissional do Serviço Social na saúde perpassa a visão de saúde acometidas por doenças, o Assistente Social tem outro olhar sobre o conceito de saúde que não está ligada somente a ausência de doença, mas também é advinda de fatores sociais, físicos e culturais que uma visão crítica e diferenciada que obtêm melhores resultados. Sobretudo, num país desigual e cheio de particularidades como o Brasil.

(...) a objetivação do trabalho do assistente social, na área da saúde, também cumpre o papel particular de buscar estabelecer o elo "perdido", quebrado pela burocratização das ações, tanto internamente entre os níveis de prestação de serviços de saúde, quanto, sobretudo, entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais e / ou setoriais. (Costa, 2017, p.8)

Criada pela Portaria 1600/2011, a RUE surge com o intuito de ampliar o acesso e melhorar a qualidade de atenção à saúde no SUS, possibilitando assegurar a universalidade e a integralidade da atenção, a equidade do acesso, bem como a transparência na alocação de recursos.

Para estruturar e organizar uma rede é preciso compreender o perfil epidemiológico e geográfico do país, haja vista as particularidades de cada região, levar em consideração, por exemplo, os altos índices de mortalidade relacionada às violências e os acidentes de trânsito, as doenças relacionadas ao aparelho circulatório, tais como o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral (AVC), o envelhecimento significativo da população brasileira, bem como os custos socioeconômicos (Brasil, 2013)

(...) é importante a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), de forma a articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna, em todo território nacional, respeitando-se os critérios epidemiológicos e de densidade populacional". (Brasil, 2013, p.12)

Mesmo sendo uma rede composta RUE, esta tem suas particularidades em detrimento de seus nomes a RUE é formada pela "Urgência" e "Emergência" que aparentemente se trata

da mesma condição de saúde, porém são diferentes em termos médicos. É dito urgência quando há riscos à saúde que ainda passará por uma equipe médica, exames laboratoriais, já emergência é quando esse risco já fora avaliado pela equipe médica e necessita de tratamento imediato. Logo o que difere de fato em termos biomédico é a avaliação médica.

A urgência e a emergência não são definidas como estados, mas como processos que se originam em pontos diferentes de um mesmo continuum, cujas extremidades opostas são, de um lado, a total ausência de risco de vida - que corresponde aos casos ditos 'de rotina' -e, do outro, a existência de um risco de vida máximo-que corresponde aos casos ditos 'de emergência'. Entre os dois, em um lugar indefinido, intermediário, fica 'a urgência' e os casos assim considerados. A urgência aparece, desse modo, como uma questão de graus ou de níveis (Giglio-Jacquemot, 2005, p.18)

De acordo com o manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no sistema único de saúde (SUS) do ministério da saúde, as principais diretrizes da rede de urgência e emergência são:

A universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes); ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção; formação de relações horizontais, articulação e integração entre pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação; classificação de risco; regionalização da saúde e atuação territorial; regulação do acesso aos serviços de saúde; humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares; práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias; centralidade nas necessidades de saúde da população; qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde; institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada; articulação interfederativa; participação e controle social; fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas; e qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores (Brasil, 2013, p.13).

Diante disso, pensar a rede de urgência e emergência como uma rede articulada e complexa que busca atender diversas situações de agravos à saúde requer um atendimento de forma integrada e articulada entre os seus componentes (Garcia,2019). O objetivo de criação rede de urgência e emergência tange, sobretudo, um atendimento qualificado e humanizado, no qual os usuários possam ser atendidos de forma integrada, propiciando o acesso à informação e a disponibilização com efetividade desta rede. Entre as principais estratégias da rede de urgência e emergência está a qualificação das portas hospitalares de urgência e emergência, qualificação da atenção ao paciente crítico ou grave, ampliação dos leitos de retaguarda

clínicos, organização das linhas de cuidado cardiovasculares, cerebrovascular e traumatológica, articulação entre seus componentes, entre outros:

A RUE, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas), é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgências. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e regulação de acesso (Brasil, 2013, p.13).

Os componentes da rede de urgência e emergência de acordo com a Portaria 1600/2011 são: promoção, prevenção e vigilância à saúde, atenção básica em saúde, serviço de atendimento móvel de urgência e suas centrais de regulação médica das urgências, sala de estabilização, força nacional de saúde do SUS, unidade de pronto atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de serviços de urgência 24 h, hospitalar, e, atenção domiciliar.

A articulação entre esses componentes é o determinante para uma atenção integral aos usuários do serviço de saúde, como já mencionado acima. E a sua efetivação, garante para além do cumprimento das diretrizes da rede de urgência e emergência, ademais a possibilidade da melhoria de vida de milhares de brasileiros que utilizam o SUS (Backes, 2012, p.225).

Fundado em 1989 na cidade de Arapiraca o Centro Hospitalar Manoel André, popularmente conhecido como Chama, vem desenvolvendo importante trabalho no âmbito da saúde para a região do agreste alagoano. Tem como lema e propósito, priorizar o usuário ampliando cada vez mais o leque de opções nas diversas especialidades: clínica médica, cirúrgica, pediátrica, hospital de restauração, pronto atendimento, oftalmologia, cardiologia; exames de imagem; oncologia; nefrologia; ortopedia, uti pediátrica, uti geral, uti3(particular), e leitos da retaguarda clínica, ortopédica e neurológica.

Nos últimos anos vem se tornando referência de atendimento, haja vista a evolução tecnológica que propicia e disponibiliza o acesso à população aos mais modernos equipamentos, supervisionados por profissionais qualificados que compõem seu corpo clínico, laboratorial e de imagem.

O Complexo Hospitalar Manoel André, está inserido dentro dos níveis secundário e terciário de atenção à saúde, com atendimentos ambulatoriais e clínicos de média e alta complexidade, assim como cirurgias de alto risco, dispõe de equipes especializadas, e tecnologia de saúde avançada. É um hospital de iniciativa privada, porém recebe recursos públicos financiados pela União, Estado de Alagoas e Município de Arapiraca, logo,

A contradição entre a proposta de universalidade do SUS e a atuação da rede privada é ponto de partida para articulações e movimentos contra a tendência de privatização

do setor da saúde. Além disso, as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados, o difícil ressarcimento das ações prestadas pelo SUS aos usuários de planos de saúde privados e a precariedade que vem caracterizando o crescimento desordenado da oferta privada estão na agenda das críticas do movimento sanitário e nas propostas de fortalecimento do SUS. (Fiocruz, 2016)

Em 2013 foram instalados os leitos de retaguarda, que tem a função de desafogar hospitais de Redes de Atenção à Urgências, conforme a portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 do ministério da saúde que dispões;

A organização dar-se-á por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, dos leitos de Cuidados Prolongados e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular, de acordo com os critérios estabelecidos nesta Portaria. (Ministério da Saúde, 2011, p.1)

Por ser um hospital privado, não disponibiliza de pronto atendimento público, apenas privado ou convênios. Para que o usuário tenha acesso aos serviços prestados é necessário que ele venha encaminhado através dos leitos de retaguarda por um dos hospitais que são portas de entrada: Hospital Regional de Arapiraca (HNSBC) e Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly (HEDH), é valido destacar que para ser porta de entrada é necessário que a unidade hospitalar funcionamento de 24h.

Os hospitais HEDH e o HNSBC são porta de entrada (porta aberta), recebem pacientes das 32 macrorregiões do agreste alagoano, e posteriormente transferem os pacientes para o hospital CHAMA, utilizando os leitos da retaguarda. Desta forma, os três hospitais estão interligados pela Rede de Atenção à Urgências, pelos leitos de retaguarda.

A RUE do hospital Chama também é composta de um componente imprescindível para sua habilitação, os leitos das unidades de terapias intensivas, que como citado anteriormente, o chama dispõe de 3 UTIs, duas adultas e uma pediátrica.

### 3.3 A atuação do (a) assistente social e a articulação entre as redes de atenção à saúde para além do Complexo Hospitalar Manoel André

O Assistente Social é reconhecido legalmente como profissional da saúde através da resolução Nº 218, de 06 de março de 1997, após a 10ª Conferência Nacional da Saúde CNS, a qual consideraram a interdisciplinaridade, era de suma importância coma finalidade de saúde integralizada.

Isto posto, os profissionais do Serviço Social passam se especializar na área da saúde, uma vez que, já dito anteriormente, esse é um dos campos de trabalhos que mais comportam os profissionais. Entretanto, há um espaço para reflexão de como o profissional está se

especializando, se de fato está usando sua competência para exercer atividades afins do Serviço Social, ou para assumir cargos distintos (Lanza, p.215, 2012).

Como fora destrinchado durante este trabalho, a política de saúde, deriva do surgimento das políticas sociais, tendo em vista o enfrentamento da “questão social”, durante a primeira república, todavia, as configurações desse contexto permanecem seguindo a lógica do capital. Ademais, as expressões da “questão social” estão cada vez mais latentes na sociedade e se faz necessário a execução de uma prática profissional crítica e atuante para lidar com as demandas postas no cotidiano (Figueredo, p.13, 2022).

Para compreensão acerca da atuação do Assistente Social no âmbito da saúde é necessário destacar que na Constituição de Federal de 1988 o conceito de saúde ressalta as expressões da questão social, pois declara que “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 a sua promoção, proteção e recuperação”. Dessa forma fica explícito a relação de fatores determinantes e condicionantes para o âmbito da saúde, tais como alimentação, o trabalho, renda, a educação, transporte e etc. (Marra, 2015, p. 11)

Destaca-se que a “questão Social” surge pós formação do Estado Moderno, a partir da revolução industrial, quando o trabalho braçal fora trocado por máquinas, ocasionando a separação da sociedade entre proletários e burgueses. Segundo Tavares (2010), a “questão social” vem sendo analisada a partir da produção e distribuição de riquezas; da erosão dos sistemas de proteção social da vulnerabilidade das relações sociais; do questionamento da intervenção estatal; e de mudanças na configuração da sociedade civil e movimentos sociais.

Desta forma, o Serviço Social se ampara não somente na política de saúde para sua atuação, mas também nas políticas de assistência, previdência, e habitação para um atendimento qualificado, não esquecendo o Código de Ética do/a Assistente Social Lei 8662/93-CFESS e o Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política da Saúde. Ademais, as atuações das Assistentes Sociais estão voltadas ao acolhimento do usuário, informando-lhes sobre seus direitos, tratando-os com muito respeito, trabalhando sempre com humanização dos serviços.

Atuando na política de saúde, o Assistente Social se baseia primeiramente no Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010), que caracteriza suas atribuições e competências, enfatizando suas ações, estas norteadas por direitos e deveres que constam no Código de Ética Profissional (1993) e na Lei de Regulamentação da Profissão (1993). Posterior a esses três pilares, o Assistente Social passa a utilizar bases teóricas que fundamentem as resoluções das problemáticas que aparecem em seu cotidiano. De acordo com Iamamoto (2011):

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resiste, se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade (Iamamoto, 2011, p. 28).

No Complexo Hospitalar Manoel André-CHAMA, o Serviço Social utiliza de diversas estratégias para atender as demandas dos seus usuários, uma dessas é o plantão social, *in verbis*:

Partimos do princípio de que o Plantão é a porta de entrada para as ações efetivas do assistente social. É através dessa ação específica que o profissional em contato direto com o usuário, toma conhecimento da realidade com toda a sua dinâmica de relações sociais existentes visando a implantação e efetivação de programas, projetos e políticas sociais abrangentes (Souza, 2014, p.761).

O hospital apresenta profissionais do Serviço Social em setores de especialidade distintas: nefrologia, oncologia, leitos da rede de urgência e emergência; o primeiro diz respeito aos atendimentos aos usuários de hemodiálise, o segundo referente ao atendimento aos usuários com câncer através de quimioterapia e radioterapia, e o terceiro dá suporte aos demais setores do hospital através da rede de urgência e emergência.

O Serviço Social está inserido dentro de toda Rede de Atenção à Saúde, sendo estas de baixa, média e alta complexidade. Abrange a saúde pública, privada. É importante destacar que a inserção dos assistentes sociais nas suas áreas de atuação está ligada com as condições históricas e institucionais que requerem aquela atuação, conforme Abess, *in verbis*:

Assim, o trabalho dos assistentes sociais não se desenvolve independentemente das circunstâncias históricas e sociais que o determinam, de fato. A inserção do Serviço Social nos diversos processos de trabalho, encontra-se profunda e particularmente enraizado na forma como a sociedade brasileira e os estabelecimentos empregadores do Serviço Social recortam e fragmentam as próprias necessidades do ser social e a partir desse processo como organizam seus objetivos institucionais que se voltam a intervenção sobre essas necessidades (Costa *apud* ABESS, 1996, p. 2).

A Atenção Primária à Saúde APS é o centro comunicador e coordenador das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que é responsável pela ligação entre os outros níveis de complexidade. Todavia, o Assistente Social que trabalha na UBS recebe demandas espontâneas ou encaminhadas, também reproduzem as tradicionais demandas da profissão (Krüger *et al*, 2009). Neste nível se realiza com serviços de primeiro contato do usuário com o sistema único de saúde, nesse caso com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com ações de promoção, prevenção recuperação da saúde

No nível secundário, descrito anteriormente, os Assistentes Sociais trabalham com plantões de 24 horas, recebem demandas espontâneas, de resolução imediata, com encaminhamentos internos e externos, e atendimentos individuais e coletivos de acordo com as necessidades dos usuários.

No nível terciário, os profissionais do Serviço Social em sua maioria recebem usuários e demandas espontâneas e também demandas de rotina, visto que, alguns tratamentos são feitos ao longo prazo e tem acompanhamento diário de acordo com a frequência do usuário no âmbito hospitalar.

Os processos de descentralização por nível de governo com hierarquização por nível de complexidade requerem uma nova reorganização vertical e horizontal dos serviços e procedimentos implicando em mudanças nos processos de trabalho, afetando tanto a cooperação entre as diversas atividades, como o conteúdo de algumas tarefas, especializações e habilitações. Essas mudanças vêm se expressando e sendo determinadas: pelos novos sistemas de controle, pela hierarquização, pelas inovações tecnológicas e pelo novo papel que adquiriu a informação e a comunicação em saúde. (Costa, 2016, p.40)

Importante observar que essa estruturação feita em níveis de atenção traz mudanças importantes para a realização do trabalho do assistente social e dos demais profissionais da saúde, a importância de um trabalho pautado na interdisciplinaridade que vai além multidisciplinaridade requer ainda mais atenção e dedicação dos atores que envolvem a rede de atenção à saúde (Miotto, Nogueira, 2013, p.02).

Por ser um hospital de média e alta complexidade, podemos evidenciar que as demandas do cotidiano também giram em torno dessas complexidades, algumas tendo resoluções práticas e ágeis e outras que demandam mais tempo e burocracia. Importante destacar que “o trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação destes conhecimentos, articulados aos princípios do projeto da reforma sanitária e pelo projeto ético político do Serviço Social” (Vasconcelos *et al*, 2012, p.18,).

Embora seja um hospital privado, o hospital Chama recebe financiamento público advindos, neste contexto, pelos leitos de retaguardas, que no Município de Arapiraca tem-se de imediato a função de desafogar os hospitais de emergências, já que, no período de sua adesão ainda não se tinha as Unidades de pronto Atendimento (UPA).

Art. 3º São objetivos do Componente Hospitalar da Rede Atenção às Urgências :I - organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade; II - garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de leitos de Cuidados Prolongados e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências; III - garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção. (Brasil, 2011, p.1).



Como destacado anteriormente, o hospital chama recebe pacientes das 32 microrregiões do sertão alagoano, há uma enorme rotatividade desses usuários nos determinados leitos, destaca-se a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica, a qual se alicerça essa pesquisa.

A UTI pediátrica do hospital conta com 10 leitos de retaguarda, ou seja, leitos disponíveis para as crianças que chegam dos hospitais HEDH e o HNSBC pela regulação de leito

“forma de organização das ações de regulação do acesso, sendo composto pelo conjunto articulado de estruturas operacionais, denominadas centrais de regulação, que podem estar organizadas em Central de Regulação Ambulatorial, Central de Regulação Hospitalar e Central de Regulação das Urgências” (Brasil, 2023).

Ressaltando, que a regulação pode ser de usuários do próprio município ou dos demais que abrange a microrregião do sertão alagoano. Logo, é nítida a importância desse sistema de atendimento, e também deixa visível que há uma ausência da funcionalidade da saúde pública, ora, se o usuário precisa se deslocar do seu município para um atendimento de emergência, deixa claro que há uma falha na gestão do SUS em alguns municípios (IBGE,2020).

Mesmo não sendo de responsabilidade do profissional de Serviço Social as centrais de regulação de leitos no âmbito hospitalar, é de suma importância que este profissional saiba de onde está chegando aquele usuário, pois a partir dessa primeira informação, o Assistente Social consegue analisar quais as expressões da “questão social” aquele usuário pode estar enfrentando, através da regionalização da saúde, pois,

No Brasil, a descentralização das ações e serviços em saúde em direção aos municípios, desarticulado de um planejamento regional, foi propício para as disputas predatórias por financiamento entre estados e municípios, o que tornou evidente as desigualdades entre as regiões, e as dificuldades institucionais nas gestões municipais e estaduais, bem como demonstrou a fragilidade na garantia da integralidade da assistência apenas nos sistemas municipais (Oliveira; Teixeira, 2022, p.112).

É nesse momento que o Assistente Social consegue entender e dimensionar a realidade posta pelos seus usuários, pois, compreende que a questão de saúde pode não ser somente a presença de doença, mas um déficit nas políticas sociais de modo geral. Outra realidade que é possível acompanhar através do atendimento da RUE, é que nem todos os municípios do agreste alagoano tem suas “áreas cobertas” pelas Unidades Básicas de Saúde, quebrando assim, o fortalecimento das RAS. É nessa realidade, que a RUE passa de certo modo, fazer a função da UBS, e ou APS ‘promoção e a prevenção de doenças’ dentro do ambiente hospitalar de uma UTI (Fraga, 2010, p.41).

Segundo Leite e Magalhães (2012, *apud* Teixeira, 2020, p. 2670):

A compreensão das desigualdades entre os municípios de um mesmo estado pode contribuir para a fundamentação de políticas públicas voltadas para a redução dessas desigualdades, bem como evitar armadilhas de pobreza. Ademais, pesquisas que se destinam à identificar diferentes padrões de desenvolvimento entre localidades do estado não devem negligenciar o papel desempenhado pela dimensão espacial, levando-se em consideração a importância de complementariedades espaciais entre as unidades de análise. Importância esta que, tende a ser maior quanto mais desagregada for a unidade de análise, como, por exemplo, municípios ou regiões de um mesmo estado.

No ambiente hospitalar um dos profissionais que mais estão preparados para lidar com a necessidade do usuário, as expressões da “questão social”, uma vez que, este entende que a saúde não é a ausência da doença, e que os fatores externos sociais, contribuem para o adoecimento da população, sem dúvidas é o/a assistente social. Para Cohn (2005), as pessoas que menos possuem estão mais propensas ao adoecimento, em decorrência dos fatores condicionantes da qualidade de vida, e das dificuldades de acesso ao tratamento e aos recursos físicos e materiais necessários para ter saúde, incluindo o transporte e a distância da moradia aos serviços públicos.

A atuação do Assistente Social no âmbito hospitalar é imprescindível, todavia, é o responsável por atender as demandas sociais postas pelo usuário de maneira mais eficaz, as quais a equipe de médicos, técnicos e enfermeiros talvez não conseguiriam, pois é necessário uma escuta qualificada para que estes, consigam entender a demanda de seus usuários da melhor forma possível, para dar os devidos encaminhamentos e orientações, todavia, deter o conhecimento de como as redes de atenção funcionam permite um trabalho mais ágil (Rueda, 2021, p.02).

Nesse contexto, é importante refletir sobre a instrumentalidade do serviço social, tomando por base a dimensão técnico-operativa para conhecer as inúmeras possibilidades de intervenção em seu campo de atuação, pois devido à diversidade de espaços sócio ocupacionais onde o serviço social está presente, existe a necessidade do conhecimento destes em sua totalidade, bem como do instrumental que poderá ser utilizado. Não obstante, diante das contradições sociais presentes nestes locais, o profissional precisa ser propositivo para criar novos instrumentos e técnicas (Souza, 2022 *apud* Mello, 2019, p.03).

Para o/a assistente social que atua na política de saúde, em um ambiente hospitalar, como a RUE, é imprescindível que possua uma vasta experiência com todas as políticas sociais, ora seja para uso diário, ora por encaminhamento e direcionamento do seu usuário, o profissional do Serviço Social conhece toda, ou se não uma grande parte das RAS e o básico do seu funcionamento. Porém, conhecer e entender o funcionamento dessa rede não é o

suficiente, pois, as condições de trabalho, e a infraestrutura organizacional do hospital, e da saúde do município (Martinelli, 2011, p.02).

O município de Arapiraca compõe de todas as RAS que o SUS oferece: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Arapiraca (2017) as RAS e os níveis de atenção à saúde estão compostos da seguinte forma:

O Sistema de Saúde do município de Arapiraca é composto por um conjunto de organizações (públicas e/ou privadas) voltadas para a produção de bens e serviços com o objetivo de promover, prevenir, assistir e reabilitar a saúde das pessoas e da população; Na atenção primária conta com 40 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS), secundária: UNIDADES DE APOIO DIAGNOSTICO E TERAPIA, sendo 1 Pública e 19 Conveniados; CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL com o CAPS AD e CAPS Nice da Silveira; 26 CLINICAS / CENTROS DE ESPECIALIDADES, desses 9 públicos e 17 conveniados; Centros de Referência: CEO: CEMFRA, CEREST, ESPAÇO TRATE, CRIA, CTA, V CENTRO DE SAUDE, ESPAÇO NASCER; SAD; 1 CENTRAL DE REGULACÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS; 1 TELESSAUDE; 01 BANCO DE LETE HUMANO; 01 UNIDADES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 02 CCZ, Rede de Frios; 2 POLO DE ACADEMIA DE SAUDE; 1 HEMOAR. E Finalmente a terciária com SERVIÇOS HOSPITALARES; 1 Hospital Especializado; 4 Hospitais Gerais e uma Unidade de Emergência (Arapiraca, 2021, p.28)

Isto posto, Conforme Rueda (2021) a atuação do assistente social dentro do ambiente hospitalar tem um leque de opções para que o seu usuário tenha a continuidade do tratamento pós alta, caso este seja do próprio município, uma vez que, observa-se que há uma quebra da continuidade do tratamento do usuário, o que acarreta nas recidivas dos mesmos, com o mesmo quadro sintomático na RUE, debatendo aqui especificamente, a UTI pediátrica do hospital CHAMA, as quais algumas recidivas estão ligadas diretamente as expressões da “questão social”, a falta de informação e direcionamento da continuidade das RAS.

As UTIs pediátricas são estruturadas para tratar problemas agudos e graves e cuidar da infância, em tratamento que periodicamente sofrem recaídas ou apresentam problemas paralelos que exijam o tratamento em terapia intensiva para acelerar sua recuperação (Chama, 2023, p. 47).

A problemática da atuação do assistente social nesse ambiente é que, as demandas são postas de forma imediata e de resolução rápida, que na maioria das vezes impede que haja uma intervenção capaz de “modificar” a realidade que o usuário se encontra. Lembrando que, estamos tratando de crianças advindas de 32 municípios regulados pelos leitos de retaguarda, logo, a articulação do Serviço Social com a RAS ficara ainda mais comprometida (Pires,2019).

Em primeiro lugar, esses municípios já não tem a cobertura dos níveis secundário, e terciário da atenção à saúde, partindo da premissa que precisam buscar atendimento em Arapiraca. Segundo o difícil acesso de comunicação entre as RAS de cada município. Terceiro, a falta de conhecimento sobre as redes do usuário impossibilitando que estes mediam a informações entre as RAS (Erdmann, 2013, p.19).

Um dos obstáculos impostos a atuação do Assistente Social na RUE, é trabalhar sem as devidas informações do seu usuário, genérica, ora não saber especificamente qual município origem, e se há uma rede para conseguir dialogar a depender da demanda,

O profissional atua a fim de não deixar que a família passe despercebida na instituição, dando assistência e buscando sinais de risco social, pois é nesse momento que demandas são apresentadas de forma explícita ou implícita ao Assistente Social, que após a leitura da realidade apresentada busca caminhos que possibilitam a garantia dos direitos a partir da promoção dos mínimos sociais (Pereira, 2022, p.03)

Diante dessa realidade, o Serviço Social encontra desafios mútuo para um atendimento adequado, pois a instituição não fornece recursos que possam suprir todas as necessidades de seus usuários, esses advindos em sua maioria de outros municípios, muito deles dos interiores do agreste alagoano, os quais os gestores não presam pelas redes de atendimentos à saúde dos seus municípios. Logo, a única alternativa é levar para um hospital de emergência. Entendendo a particularidade de cada um (Filho, Almeida. 2010, p.77).

Pensar a práxis profissional dos diversos Assistentes Sociais atuantes nesta política diante da realidade mutável de um sistema capitalista que sucateia cada vez mais os serviços públicos, sejam com práticas ligadas a corrupção, privatização e flexibilização do trabalho, é mister compreender os entraves que dificultam muitas vezes o acesso dos serviços de forma qualitativa e integral para os usuários da política, é importante compreender os limites e possibilidades dessa atuação. A Lei orgânica da assistência diz que é direito do cidadão e dever do estado provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (Brasil, 1993).

Consequente, para cada demanda identificada dentro do atendimento, uma mediação diferente, seja para resolução do enfrentamento as expressões da “questão social”, ou para a continuidade da condição de saúde visando um tratamento efetivo (Raichellis, 2010, p.763).

Toda essa relação entre as RAS, APS, RUE, leitos de retaguarda é o que caracteriza o SUS como sistema, que é justamente o conjunto de elementos organizados que interagem entre si. Essa organização e interação é fundamental para o funcionamento em rede de apoio ao SUS

proporcionando uma continuidade de serviços e fechamentos de ciclos de atendimentos (Geremia, 2021, p.21).

À medida que os serviços vão se relacionando, melhor o funcionamento da RAS. Dessa forma os serviços deveriam funcionar de modo contínuo e integrado, ao qual formasse um ciclo de atendimento seguindo um padrão capaz de sanar as lacunas das fragmentações (Miranda, 2009, p.45).

Diante disso, têm-se a necessidade de fortalecer as relações sociais e profissionais entre os profissionais que compõem a rede de atenção à saúde, particularmente a rede de urgência e emergência em Arapiraca que atende os demais municípios da região agreste para uma melhor execução no atendimento à população. Pensando nisso, agora, o município de Arapiraca contará com um Centro Municipal de Regulação: Integração entre prefeitura e hospitais para facilitar o acesso aos leitos (Santos, 2020, p.62).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de saúde brasileira tal qual como conhecemos atualmente, é, como foi visualizado nas sessões acima, parte do processo histórico da luta de trabalhadores, movimentos sociais, sociedade civil organizada que busca pela garantia de direitos até então veementemente negados pelo estado e por uma sociedade capitalista. Após a promulgação da Constituição Federal de 1988 temos agora, a saúde como um direito de todos e dever do estado que através de políticas públicas busquem reduzir os riscos de doenças e outros agravos, bem como um acesso universal e igualitário.

A construção do SUS, é datado a partir do processo de redemocratização da década de 1980, consolidado após a Constituição Federal e a promulgação da Lei 8.080/90, entretanto esse caminho de luta para a garantia dos direitos sociais é sempre atual. As políticas públicas brasileiras sofreram grandes golpes, haja vista a fragmentação, focalização e corrupção que envolve as mesmas.

Após alguns avanços conquistados a partir dos governos do PT por Michel Temer e a polarização política cada vez mais forte no país que culminou com a eleição do Jair Bolsonaro, vivenciamos um cenário muito delicado para as políticas sociais, entre elas, a de saúde. Desvalorização dos profissionais da saúde, corrupção envolvendo desvios de recursos públicos, corrupção e favorecimento de práticas coronelistas ainda presentes acabam por sucatear ainda mais um sistema que é suma importância.

Diante disso, em meio a uma pandemia como a enfrentada pelo mundo com a covid 19, nunca foi tão evidente a importância de um sistema de saúde público que atenda a todas as camadas da população, bem como a sua organização em rede se mostrou urgente e necessária, o que deu vistas para as melhorias, como aumento de leitos, valorização dos profissionais da saúde, entre eles, o assistente social, que devem ser pleiteadas junto ao estado.

Com isso foi possível identificar a importância de um trabalho interdisciplinar capaz de possibilitar uma melhor articulação entre os profissionais do serviço social e de outras áreas envolvidas. Bem como entender que a partir do momento que o sistema se organiza em rede, mas em algum ponto desta, existe fragilidades o sistema corre o risco de não funcionar adequadamente.

E muitos fatores podem ser caracterizados como causais em relação a essa situação. Lidamos com uma população usuária que vive em condições precárias de moradia, com rendas baixíssimas ou nenhuma, e que não tem acesso as demais políticas públicas como assistência

social, educação, trabalho, saneamento básico, moradia digna, que tem pouca ou nenhuma instrução sobre como funciona as redes de atenção à saúde e para além disso, que não tem acesso as ações básicas de saúde, muitas vezes por causa pelo sucateamento do serviço, das ações de corrupção com desvio de recursos públicos que intensificam a precarização das ações de saúde.

Temos profissionais com pouca ou mínimas possibilidades de atuação, com salários baixos e em boa parte atrasados, sem insumos necessários para execução do seu trabalho que lidam diariamente com a pressão da importância do seu agir profissional.

Todas essas condições geram uma descredibilização por parte da sociedade em relação ao sistema de saúde. O senso comum diz que ele é um sistema que funciona apenas no papel, mas que na prática não tem eficácia, pois nas unidades básicas de saúde não se tem médico ou está faltando o remédio, entre outras situações que são de conhecimento geral. É uma luta contínua para a efetivação do SUS que queremos, que ainda não é o ideal, mas que através das lutas populares têm força para ser o maior sistema de saúde pública do mundo.

Diante disso ficou evidente a importância da execução de um serviço em rede e mais ainda da necessidade de que essa informação seja publicizada sempre com a população. É necessário que ela saiba como funciona o atendimento de forma integral. Investir em campanhas educativas que visem a divulgação de informações sobre a estrutura e onde cada ação acontece; campanhas de prevenção e promoção à saúde na busca de reduzir maiores índices de adoecimento da população, haja vista que a prevenção é sempre o melhor remédio; um exemplo em relação a isto foi a campanha de vacinação contra a covid, que teve poucos incentivos por parte do até então presidente da república Jair Bolsonaro e gerou uma dificuldade enorme para o país em relação a vacinação.

Em outros momentos históricos, graças as diversas campanhas educativas e ao trabalho incessante dos profissionais da saúde, o Brasil conseguiu erradicar doenças, como a poliomielite, no entanto, infelizmente por causa da desinformação, corre o risco de retornar com alto índice de casos.

Fazer com que fique nítido para o público usuário, enfermeiros, médicos, assistentes sociais e demais agentes executores, a importância do funcionamento adequado das redes de atenção à saúde será o principal caminho para que de fato ela funcione como tem que ser, reduzindo o tempo em que os usuários percorrem de um lado a outro em busca de identificar onde e como serão atendidos. Propiciar conhecimento sobre cada nível de atendimento do SUS de forma clara e objetiva, garantindo que as pessoas, por menores que sejam o seu grau de instrução, possam identificar corretamente qual de fato é a sua requisição.

Sendo, o assistente social, o profissional responsável na maioria das vezes, pelo setor de regulação de leitos, cabe um exercício profissional ético, crítico, humanizado, capaz de tornar compreensível o atendimento para os usuários da política de saúde, sobretudo potencializando as informações e dando voz aos mesmos, buscando efetivar sempre os princípios estabelecidos pelo Código de Ética profissional a fim de ser ponte para a superação do modo de produção capitalista e de suas formas de opressão tendo a emancipação humana como sua busca incessante.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Monica Piccolo. **Reformas Neoliberais no Brasil: A privatização nos Governos Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso**. Niterói: [s. n.], 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/armdi/Downloads/1263.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2023.

ALVES, RF. (org.). **Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa**. Campina Grande: EDUEPB, 2011

ARAÚJO, Ana Quercia Pereira de. **Formação profissional em serviço social: embates no estágio entre projeto ético-político e as demandas do mercado de trabalho**. Orientador: Cleonice Lopes Nogueira. 2010. 161 f. Dissertação (Mestre em Serviço Social.) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/7201>. Acesso em: 22 jan. 2023.

Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2009. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude\\_-\\_versao\\_preliminar.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf). Acesso em: 2 fev. 2023.

BACKES, Dirce Stein *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia a de saúde da família. **SciELO Brasil**, Rio de Janeiro, p. 223-230, jan. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100024>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BARRADAS, Mary Suely Souza. **Capital como Droga, Trabalho como Vício: subjetividade, euforia e depressão na pós-modernidade**. 2015. 220 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/handle/1/15150>. Acesso em: 25 jan. 2023.

BARRETTO, Mauricio Lima. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 2097-2108, 22 jul. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

BELTRÃO, Kaizô Iwakami; OLIVEIRA, Francisco Eduardo Barreto de; PINHEIRO, Sonoê Sugahara. **A população rural e a previdência social no Brasil: uma análise com ênfase nas mudanças constitucionais**. 2000. 21 p. Texto para Discussão (TD) - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Rio de Janeiro. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2317>. Acesso em: 1 fev. 2023.

BISPO JUNIOR, José Patrício. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 15, p. 1627-163, Junho 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700074>. Acesso em: 4 fev. 2023.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação** In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília/DF: CFESS/ABEPSS, 2009.

BRASIL. **Ministério da saúde**. 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. **Atenção Primária**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/o-que-e-atencao-primaria>. Acesso: 29 de jan. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/SM N.2.395, 11 de out. 2011.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília, 1988. BRASIL, Lei Orgânica da Saúde – lei nº 8080/1990.

BRASIL. **Lei Orgânica da Assistência Social**, 1993. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18742.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm). Acesso em: 23 de jan. 2023.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde de n". 8080/90 e Lei complementar de n. 8142/90**. 2. ed. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica SUS**. Portaria GM/ MS n. 546, de 25 de maio 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica SUS**. Portaria GM/ MS n. 2.203, de 05 de nov. 1996.

BRASIL. Política de saúde no Brasil. *In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. Disponível em: [http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica\\_de\\_Saude\\_no\\_Brasil\\_Ines\\_Bravo](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo). Acesso em 21 de nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf). Acesso em: 23 jan. 2023

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**. Cortez, Rio de Janeiro, 2011.

CAMPOS, Maria Aparecida Ferreira. **A política econômica no Governo Kubstcheck: O discurso em ação**. 2007. 224 f. Dissertação (Mestre em Economia) - Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12462/000627005.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2023.

CARDOSO, Adalberto. Escravidão e sociabilidade capitalista. **NOVOS ESTUDOS 80** II MARÇO, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/rQ69pSZsgmm9ByXjVNRVGwP/?format=pdf>. Acesso em: 6. fev. 2023.

CERQUEIRA, Raisa Santos; ANJOS, Eduarda Ferreira dos; PRADO, Nília Maria de Brito Lima. Santos AM. Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 45, ed. 128, p. 249-251, jan./mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112819>. Acesso em: 17 fev. 2023.

CFESS, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação do Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: [https://cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](https://cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em jan de 2023.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) Assistentes Sociais**. Disponível em: <https://www.unijales.edu.br/library/downebook/id:473>. Acesso em: 07 de fev. 2023.

DRUCK, Graça; DUTRA, Renata; SILVA, Selma Cristina. A contrarreforma neoliberal e a terceirização: a precarização como regra. **Caderno CRH**, Salvador, v. 32, ed. 86, p. 289-305, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i86.30518>. Acesso em: 18 jan. 2023.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini *et al.* A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], p. 8 telas, jan-fev 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700017>. Acesso em: 1 fev. 2023.

FANTON, Marcos. Sujeito, sociedade e linguagem: Uma reflexão sobre as bases teóricas da pesquisa com narrativas biográficas. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 11, ed. 3, p. 529-543, set-dez 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2011.3.10064>. Acesso em: 1 fev. 2024.

FIGUEIREDO, Gustavo de Oliveira *et al.* **Educação, políticas públicas e direitos sociais: práticas, críticas e utopias**. Salvador: Edufba, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/36018>. Acesso em: 6 fev. 2023.

FRAGA, Cristina Kologeski. A atitude investigativa no trabalho do assistente social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, p. 40-64, jan./mar. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000100004>. Acesso em: 25 jan. 2023.

GEREMIA, D. S. *et al.* Posfácio. In: GEREMIA, D. S., and ALMEIDA, M. E. (eds.). **Saúde coletiva: políticas públicas em defesa do sistema universal de saúde**. Chapecó: UFFS, 2021, p. 347-362. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786586545562.0019>. Acesso em: 25 jan. 2023.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. Definições de urgência e emergência: critérios e limitações. In: **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 19-30. (Antropologia e Saúde). Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413784.0003>. Acesso em: 25 jan. 2023.

Gilberto HOCHMAN. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo, Hucitec/Anpocs, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69091999000100012>. Acesso em: 25 jan. 2023.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 901-911, maio 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500003>. Acesso em: 3 fev. 2023.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina (org). Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2013. E-book (257 p.). (**Ciência & Saúde Coletiva**). ISSN: 1678-4561. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6RByxM8wLfBBVXhYmPY7RRB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 jan. 2023.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 16. ed. São Paulo, Cortez, 2011.

KRÜGER, Tânia Regina. **Os fundamentos ideo-políticos das Conferências Nacionais de Saúde**. 2005. 291 p. Tese (Doutorado em Serviço social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005. Disponível em: [https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9635/1/arquivo9007\\_1.pdf](https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9635/1/arquivo9007_1.pdf). Acesso em: 5 fev. 2023.

LANZA, Lília Maria Bettiol; BALDOW, Letícia Orlandi; CAMPANUCCI, Fabrício da Silva. As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional. **R. Katál**, Florianópolis, v. 15, ed. 2, p. 212-220, Jul/dez 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/NjmGnP3tTDkwFgT7KX9cm5x/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

Marra, Daphne dos Santos. **O trabalho do assistente social na saúde**: um recorte sobre as urgências e emergências do DF. 2015. Monografia (Bacharel em Serviço Social) - Universidade de Brasília, BRASÍLIA, 2015. Disponível em: [https://bdm.unb.br/bitstream/10483/13138/1/2015\\_DaphnedosSantosMarra.pdf](https://bdm.unb.br/bitstream/10483/13138/1/2015_DaphnedosSantosMarra.pdf). Acesso em: 1 fev. 2023.

MARTINELLI, Maria Lúcia **Serviço Social, identidade e alienação**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social & Sociedade**, [s. l.], n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000300007>. Acesso em: 9 fev. 2023.

MARTINS, Eliana Bolorino Canteiro. **Educação e serviço social elo para a construção da cidadania**. São Paulo: Editora UNESP. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788539302437>. Acesso em: 9 fev. 2023.

Mendes, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em: 23 jan. 2023

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A Política de Saúde no Governo Lula. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, ed. 2, p. 522-532, jun. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000200022>. Acesso em: 1 mar. 2023.

MERELES, Carla. **A história da saúde pública no Brasil e a evolução do direito à saúde**. Politize, 2018. Disponível em: <https://www.politize.com.br/direito-a-saude-historia-da-saude-publica-no-brasil/#:~:text=Em%201953%2C%20foi%20criado%20o,de%20quem%20tinha%20carteira%20assinada>. Acesso em: 17 de outubro de 2023.

MIOTO, Regina Celia Tamaso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. **Revista Katálysis**, [s. l.], v. 16, p. 61-71, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802013000300005>. Acesso em: 7 fev. 2023.

MOURA JUNIOR, James Ferreira; XIMENES, Verônica Moraes. A identidade social estigmatizada de pobre: uma constituição opressora. **Revista de Psicologia**, [s. l.], v. 28, n. 1, p. 76-83, jan./abr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1051>. Acesso em: 1 fev. 2023.

OCKE-REIS, Carlos Octavio. **SUS: o desafio de ser único**. 2. reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800024>. Acesso em: 7 fev. 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, ed. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em: 2 mar. 2023.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXERA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>. Acesso em: 2 mar. 2023.

PAULA, A. E. H. A ação territorial dos sindicatos-revolucionários sob o Estado liberal. *In: A relação entre o Estado e os sindicatos sob uma perspectiva territorial*. São Paulo: UNESP, 2015. p. 87-172. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/ycbrt/pdf/paula-9788568334676-07.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2023.

RAICHELIS, Raquel. Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no Suas. **Serviço Social & Sociedade**, [s. l.], n. 104, p. 750-772, out./dez. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000400010>. Acesso em: 14 fev. 2023.

OLIVEIRA, N. R. C. **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes.** São Luís: UFMA, 2015.

RUEDA, M. F; SILVA, S. C. **A atuação do Assistente Social na alta hospitalar do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais no contexto da humanização e integralidade em saúde.** São João del-Rei: 2021. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v16n1/03.pdf>. Acesso em: 23 de jan. 2023

SALLUM JR, Brasílio. O Brasil sob Cardoso: neoliberalismo e desenvolvimentismo. **Tempo Social**, São Paulo, v. 11, ed. 2, p. 23-47, Out 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-20701999000200003>. Acesso em: 2 fev. 2023.

SANTOS, L. A. C. **Poder, Ideologias e Saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 17 fev. 202

SANTOS, Marta Alves; SENNA. Educação em Saúde e Serviço Social: instrumento político estratégico na prática profissional. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 439-447, set./dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02592017v20n3p439>. Acesso em: 7 fev. 2023.

SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

SICSÚ, João; CASTELAR, Armando. **Sociedade e Economia: estratégias de crescimento e desenvolvimento.** Brasília: Ipea, 2009. 252 p. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3225>. Acesso em: 8 mar. 2023.

SILVA, Alessandra Ximenes da. A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 159-166, jul./dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200002>. Acesso em: 7 fev. 2023.

SOARES, Raquel Cavalcante; CORREA; SANTOS. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 140, p. 118-133, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.241>. Acesso em: 7 fev. 2023

SODRÉ, Francis. O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 117, p. 69-83, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282014000100005>. Acesso em: 23 de jan. 2023

SOUZA, Elba Alice Santos de. **A instrumentalidade na prática do assistente social.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Minas Gerais, 2022. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/ciencias-sociais/a-instrumentalidade>, Acesso em: 23 de jan. 2023

SUS, Pense. Financiamento Público x Privado. Fiocruz. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/publico-x-privado>. Acesso em: 17 de outubro de 2023.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Direito à saúde no Brasil:** seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça. Brasília: Ipea, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9714>. Acesso em: 23 fev. 2023.