

## **Desafios Éticos na Atuação do Profissional de Serviço Social na Saúde Pública**

**FERREIRA, José Geovany da Silva**<sup>1</sup>

**LEANDRO, Darlania Pinheiro**<sup>2</sup>

### **RESUMO**

Este trabalho apresenta a temática relacionada com os desafios éticos na atuação do profissional de Serviço Social na saúde pública com ênfase no ambiente hospitalar. Com o objetivo de promover um estudo acerca das atribuições éticas e profissionais do assistente social no contexto hospitalar. Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada no período de agosto a outubro de 2018, utilizando as fontes de dados scielo, medline e lilacs, entre outros. Conclui-se que o trabalho do assistente social no contexto hospitalar, mostra a relação de parâmetros da atuação deste profissional na saúde em atendimento aos usuários.

**Palavras-Chave:** Política de Saúde. Serviço Social. Saúde Pública.

### **ABSTRACT**

This paper presents a thematic related to the challenges of social service performance in public health with emphasis on the hospital environment. With the objective of promoting a study about the ethical and professional attributions of the social worker in the hospital context. It is a bibliographical review, carried out from August to October 2018, using data sources scielo, medline and lilacs, among others. It concludes that the work of the social worker in the hospital context, shows a relation of parameters of the functioning of the health in service to the users.

**Keyword:** Health Policy. Social Work. Public health.

---

<sup>1</sup> Bacharel em Serviço Social. Faculdade de Filosofia Ciência e Letras de Cajazeiras – FAFIC, Cajazeiras-PB.  
E-mail: [geovanyferreira@gmail.com](mailto:geovanyferreira@gmail.com)

<sup>2</sup> Mestre em Serviço Social (UFPE), Especialista em Saúde da Família (FIP), Assistente Social graduada pela UEPB. Docente do Curso de Serviço Social da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras – FAFIC, e-mail: [darlaniaplb@gmail.com](mailto:darlaniaplb@gmail.com)

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Saúde Pública no Brasil tem-se mostrado historicamente dentro de marcos evolutivos com a industrialização, ação estatal e acima de tudo com os aspectos norteadores da saúde do trabalhador. Com tudo, destaca-se a atuação do profissional de Serviço Social, enquanto sujeito direcionador e dinâmico nos processos que envolvem a conquista dos direitos e deveres do cidadão, considerando os aspectos sócio-históricos e político no qual esses sujeitos encontram-se inseridos.

Objetiva-se promover um estudo acerca das atribuições éticas e profissionais do assistente social no contexto hospitalar, correlacionando-as com as ações desenvolvidas no âmbito da Saúde Pública no Brasil.

Por isso que é necessário o aprimoramento destes profissionais com relação às políticas sociais que ensejam a saúde como um todo, sobre uma concepção do trabalho no cenário econômico que movem os meios de produção capitalista, tornando um desafio diário do profissional, contribuindo no reconhecimento do Serviço social como profissão, em meio à existência da divisão social e técnica do trabalho, possibilitando uma melhoria das condições de vida da população usuária.

Cabe elucidar que a proposta é extremamente ampla, relacionando o trabalho do assistente social no contexto atual, que nos remete a análise de conquistas que foram aprimoradas com seus desdobramentos históricos e com base nas reflexões extraídas principalmente na atuação do Estado de direito, onde acontecem algumas formas de ruptura de traços conservadores em que a profissão ainda se remete com natureza atuante no dinamismo que constitui a vida social.

Destaca-se ainda como ponto central nesse artigo, as práticas de atuação do assistente social na saúde e o desafio para a concretização dos direitos a serem assegurados à população. Dessa maneira o percebe que o Serviço Social é desafiado a atuar de forma ética e profissional na área de saúde pública, qualificando e expandindo suas metodologias de trabalho baseado em dimensões Teórico-metodológico, Ético-político e Técnico-operativo necessário, para o compromisso de defesa política, social e digna da classe trabalhadora.

## **Alguns apontamentos históricos a respeito da saúde brasileira**

A questão de saúde no Brasil é caracterizada nos séculos XVIII, XIX e XX, considerado tempos da ação estatal, e com isso concentra-se a intervenção do Estado na saúde, entre os anos de 1930 a 1964.

Com a industrialização, a assistência em saúde dos trabalhadores foi sendo assumida pelo Estado nos países centrais, com isso surge a medicina social nos países como França, Alemanha e Inglaterra, com intuito de conquista de direitos sociais para classe trabalhadora com interferência do Estado. No Brasil a intervenção do Estado se dá entre o século XX, pois no século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e benemerência na prática liberal. Já no século XIX, acontecem algumas transformações econômicas e políticas, entre algumas delas está relacionado ao capô da saúde pública, como o da vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas, que geralmente acontece quando o seu orçamento é inferior ao valor recomendado.

Em 1920, a saúde pública no Brasil adquiriu novo discurso e nas tentativas de extensão dos seus serviços por todo o país. Já em 1923, a reforma Carlos Chagas tem o sentido de ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, construindo estratégias da União em meio a crise política para ampliação do poder nacional. Alterações foram ocorrendo a partir da década de 1930, e tem como pontos importantes como o processo de industrialização e a redefinição do papel do Estado, com o surgimento de políticas sociais, além de respostas relacionadas às reivindicações da classe trabalhadora.

A política de saúde está organizada em dois subsetores como o da saúde pública que centraliza na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e rurais, e o da medicina previdenciária que visa exceder o da saúde pública. A medicina previdenciária surge com a criação dos (IAPS), que são os Institutos de Aposentadorias e Pensões, que pretendia estender o número de contribuintes das categorias dos assalariados urbanos, onde OLIVEIRA e TEIXEIRA (1986, p.61-65) mostram que o modelo de previdência que norteou os anos 1930 a 1945 no Brasil foi de orientação contencionista, ao contrário do modelo abrangente que dominou o período anterior (1923-1930).

Isso mostra segundo os autores, que o contorcionismo que era realizado abrangia na redução de gastos e o aumento do crescimento em massa de trabalhadores que

fossem se inserindo. Para isso a previdência estava preocupada com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços, que nessa época de 30, a legislação já começava a diferenciar o significado de “previdência” de “assistência social”, e dessa forma definindo as despesas relacionadas à “assistência médico-hospitalar e a farmacêutica”.

Em 1966, a unificação da previdência social juntamente com as IAPS teve dois pontos principais característicos, que foi a crescente participação do Estado na sociedade e se livrar dos trabalhadores do cenário político, excluindo os trabalhadores da gestão previdenciária, apenas permanecendo a função de financiadores. Dessa forma tanto a Saúde Pública quanto a Previdência Social passa a se tornar uma medicalização, que tem o objetivo que as pessoas passe pela medicina que interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos, pois o setor de saúde precisava assumir características capitalistas, mas nesse mesmo período há um declínio no setor da saúde pública, elevando o da medicina previdenciária após a sua reestruturação.

Nos anos de 1974 a 1979, houve um desdobramento no trabalho de enfrentamento e maior efetividade na “questão social” em busca de solucionar as pressões e reivindicações da população, pois e nessa época que a política nacional de saúde enfrenta tensão em busca de ampliação dos seus serviços, da disponibilidade dos seus recursos financeiros, as relações burocráticas que estavam sendo estabelecidas entre setores do Estado com a emergência do movimento sanitário e o empresarial médico, pois eram reformas organizacionais com intuito de reverter o quadro da política de saúde, caracterizado pela predominância da Previdência Social que baseava em ações curativas, comandada pelo setor privado, e que mesmo com o Ministério da Saúde tomando um posicionamento, retomando as medidas de saúde pública de forma limitada, aumentando as contradições no Sistema Nacional de Saúde.

Em 1980, nessa década, em que foi vivenciado o processo de democratização política e superando o regime ditatorial, a saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais relacionadas às condições de vida da população e de novas propostas apresentadas para esse setor, contribuindo com a sociedade civil, dessa forma a saúde deixou de ser apenas técnico e passa a ser trabalhado como dimensão política, ainda estando estreito quanto à democracia. Uma das principais propostas para esse avanço foi a universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de saúde,

que visava um profundo reordenamento setorial, com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva, a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novas formas de gestão. Dessa forma, Teixeira (1989, p.50-53) afirma: A análise da política de saúde de 1980 tem como aspectos centrais, a polarização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais.

A saúde, considerando a sua forma de polarização, foi uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançando visibilidade necessária de demandas em espaço governamental, garantindo apoio político de mudanças necessárias. Desde final da década de 80, a política de saúde vem passando por uma série de alterações, junto com as mobilizações do Movimento da Reforma Sanitária (MRS), na luta pela garantia da saúde como direito universal, resultante da complexa produção social, relacionado a distribuição de riqueza, resultado de determinantes sociais interferindo no processo de saúde-doença da população. E segundo Paim (2008, p. 245) diz:

A não implementação do preceito constitucional de Seguridade Social: o subfinanciamento; precarização das relações, remunerações e condições de trabalho; insignificância de mudanças estruturantes nos modelos de atenção à saúde e de gestão do sistema; marketing de valores de mercado em detrimento das soluções que ataquem os determinantes estruturais das necessidades de saúde.

Entretanto, existem estratégias de contrarreforma na saúde que era colocado da seguinte maneira, como o da precarização do SUS, da ampliação restrita, fragmentada e desigual do sistema, sem anunciar sua contrarreforma, e segundo Soares (2012, p.87):

Diz que existem três alicerces que compõem o núcleo da reforma sanitária brasileira que são atingidos pela contrarreforma e sua racionalidade” são “a politização da saúde – rompendo com a racionalidade instrumental burocrática e tecnicista anterior; mudança da norma constitucional- com incorporação do direito à saúde com direito público e universal, numa concepção ampliada de saúde e a alteração do arcabouço institucional dos fundamentos e práticas institucionais.

A saúde na década de 1980, voltada a sua política, tem sido desconstruída e fica vinculada ao mercado, enfatizando as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir o custo diante a crise, dessa maneira, a refilantropização é uma manifestação que se utilizada de agentes comunitários e de cuidados ao realizarem atividades profissionais, com sentido na diminuição de custos.

Existem questões que comprometeram o avanço do SUS, como o desrespeito ao princípio da equidade da alocação dos recursos públicos pela unificação dos orçamentos federal, estadual e municipal; o afastamento do princípio da integralidade entre a prevenção e atenção curativa que não podem ser separadas, havendo prioridade para a assistência médico hospitalar em detrimento das ações que envolvem a promoção e proteção à saúde, que antes era proposto a separação do SUS em hospitalar e o básico.

Segundo Bravo (1999), “dois projetos convivem em tensão: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990”.

Nessa mesma época em 1988, a luta da sociedade pela garantia de direitos, surgiu com a criação da Constituição Federal considerada um grande avanço, pois em nessa época que é instaurado os direitos sociais e é inaugurada a Seguridade Social do Brasil, considerando a contemplação de políticas universais, compondo o tripé que são a Saúde, caracterizada como política universal, não contributiva, representada pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS); a Previdência Social, focada aos trabalhadores contribuintes, considerando uma política restrita; e por último a Assistência Social, relacionando a aqueles que venham dela necessitar, tem como objetivo a autonomia da população e a garantir a sua sobrevivência.

Entre essas formas de contemplação da Seguridade Social, explica que:

- O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com a discriminação existente entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser consideradas de relevância pública, cabendo ao poder público a sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do sistema único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantido ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados (TEIXEIRA, 1984, p50-51).

Apesar da Legislação referente ao SUS ter sido aprovado em 1988 com a Constituição Brasileira, somente em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Lei

nº 8080/1990) que dispõe sobre “as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990, p.1).

### **O Serviço Social enquanto profissão e os desafios na área de saúde**

A profissão de Serviço Social tem identidade eminentemente histórica, de natureza interventiva, atuante de forma dinâmica que constitui a vida social. Nesse processo de trabalho, encontra-se uma dimensão sócio-histórica e política, explicitando de forma material e concreta na sua atuação, no reconhecimento de sujeitos de direito, juntamente com a sua emancipação social do cidadão.

No momento de atuação da profissão, são mobilizados conhecimentos, as práticas e saberes, diante da dimensão de mediações existente, adequando-se aos instrumentais de trabalho, dentro a área específica de atuação do profissional no qual está inserido. Com isso, a dimensão ética e composta dentro desse quadro, juntamente com a dimensão técnico-operativa e teórico-metodológico, com intuito da qualidade na humanização profissional do nosso trabalho.

No entanto, a área de conhecimento e da intervenção da realidade da sociedade enquanto sujeitos de direitos, Cristelli (2006, p.2), mostra o seguinte:

é fonte de sentido para a vida humana, organiza nossa vida diária. Define o tempo e a história humana [...] O trabalho nos revela para outros e para nós mesmos. Por meio dele construímos nossa identidade. A partir dele descobrimos habilidade, poderes, limites, competências, alegrias, tristezas. Criamos vínculos com as pessoas, com os ambientes, com a cidade e a nação. O trabalho é o lugar onde descobrimos, inclusive, para que viemos e o que nos compete cuidar nesta vida.

Trata-se de um trabalho em que a ética movimenta-se em campo de valores e respeito, pois tem reconhecimento das condições humanas e política, pois mostra a questão da emancipação, relacionando a saúde, a doença, os cuidados, a família e a sociedade atendida. Para Marx, “o papel do trabalho é acentuado enquanto componente distintivo do ser histórico, produtor e criador da vida em sociedade, o trabalho serve como um meio para o homem prover as suas necessidades sociais”.

Com o desenrolar da nossa atuação profissional, é que a ética da proteção social como direito, tem como característica fundamental de cidadania, destacando nesse

contexto, as necessidades e diferenças sociais dos usuários e as capacidades desenvolvidas, sejam no campo da saúde, da assistência, educação dentre outras.

Para Iamamoto (2012),

no modo de produção capitalista o trabalho assume um duplo sentido: trabalho concreto (o que produz valores de uso – atende as necessidades sociais) e trabalho abstrato (medido pelo tempo de trabalho socialmente necessário investido na produção de uma mercadoria/serviço).

Os trabalhadores no sistema capitalista mostra que a sua força de trabalho é vendida em troca do salário, utilizando de um contrato como forma de garantia ao empregador, dessa maneira existindo a troca de valores do trabalho concreto e do abstrato. Desta feita, Martineli (2006), diz que:

enfim, ter sempre presente que pela construção do conhecimento, de novos saberes e práticas, buscamos melhorar a intervenção para que, como expressão de nosso projeto ético-político possamos nos fortalecer, produzindo práticas que expressem nossa vontade política e que sejam capazes de refundar a política como campo de direitos e refundar o social como espaço de construção de utopias, de invenção de futuros.

O projeto ético e político da profissão segundo (Netto, 1999; Barroco, 2001), diz que se origina na busca de ruptura como Serviço Social anteriormente estabelecido no país e a construção de uma perspectiva de profissão pautada no reconhecimento da liberdade como valor ético central, entendida como a possibilidade de se escolher entre as alternativas concretas. Daí, o compromisso com a emancipação humana e plena expansão dos indivíduos sociais. Com isso, esse projeto propõe uma nova ordem social, sem exploração de classe, gênero, orientação sexual e etnia. Portanto, é um projeto constituído por assistentes sociais, mas não se encerra na preocupação com a corporação profissional. Para tanto, apanha novos aportes teóricos e metodológicos que culminam com uma nova visão profissional em vários aspectos, como sua relação com a realidade, sua trajetória histórica e sua relação com os empregadores e usuários.

### **As práticas do Serviço Social na saúde e os desafios para a concretização dos direitos**

O trabalho do serviço social na área da saúde tem em seu contexto, um trabalho desenvolvido de forma coletiva, que se fez necessário para caracterização para sua



intervenção profissional, tanto por seus determinantes históricos, como configurado em sua atualidade.

A inserção do Serviço Social na saúde, historicamente esta relacionado a várias intervenções diferenciadas, onde o Estado e Sociedade trabalham de maneira distinta, e é nesse sentido que o Estado tem poder na tomada de decisões.

A atuação profissional do assistente social na área da saúde brasileira tem início em 1940, ocorrendo mudanças em seu contexto social envolvendo a economia, política e cultural.

De acordo com Bravo e Matos (2006, p.198),

A expansão do Serviço Social no país ocorre a partir de 1945, relacionada com as exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças que ocorreram no panorama internacional (...) nesta década, a ação profissional na saúde também se amplia, transformando-se no setor que mais quem vem absorvendo os assistentes sociais.

Diante do apresentado, observa-se que o Serviço Social necessitava de aportes teórico e metodológico na sua ação profissional, relacionado ao âmbito sócio-institucional, apontando a questão de mudança em sua perspectiva de atuação, devido a sua debilidade teórico-crítica para a época, onde o conservadorismo predominava com forte presença.

Com isso, Abrantes (2008, p.50), dialoga que:

Constata-se que embora tenha existido uma tentativa de modernização da profissão essa não trouxe avanços significativos para a intervenção dos assistentes sociais, especialmente no campo da saúde, haja vista que a ação profissional nas instituições continuou pautada na “na teoria sistêmica, na modernização e que influenciou a elaboração dos programas sociais e a política social de saúde”.

Um dos primeiros aspectos a ser destacado nesse ponto, no que se refere a uma profissão a ser desenvolvida na área da saúde, como mostra a Resolução Nº 2018 de 1997, do Conselho de Saúde, um marco importante para a profissão. Já no segundo ponto mostra o projeto profissional da profissão de Serviço Social, desenvolvida pela Associação Brasileira de Ensino Pesquisa em Serviço Social, juntamente com o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde, no qual é desenvolvido o Ensino e a Pesquisa com outras entidades de saúde com a participação do Ministério da Saúde, buscamos novas formas de conhecimento de atuação profissional. E no terceiro e último ponto, mostra a importância de demandas de profissionais de Serviço Social na

área da saúde, garantindo meios de subsídios para sua autonomia, e reforçando juntamente com o trabalho concreto do CFESS/CRESS.

É nesse terreno histórico que o Serviço Social operava suas ações profissionais no campo da saúde, atendendo as exigências postas à profissão naquele momento, que tinha como pano de fundo o aprofundamento das bases de legitimação do capitalismo no cenário brasileiro com fortes implicações no âmbito mundial, em “função do término da 2ª Guerra Mundial (BRAVO e MATOS, 2006, p.198).

Uma das características citadas por Bravo (1996, p.202) refere que:

O serviço social na saúde vai receber as influências da modernização que operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios.

A reforma sanitária no Brasil tem como foco a propostas de mudanças dentro da área da saúde, com lutas ideológicas e políticas envolvendo o Estado nesse contexto, haja vista o fortalecimento, porém dando a continuidade de polarização entre público e privado, evidenciando a inovação de continuidade. Bravo (2001, p.16), coloca:

[...] o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas quatro secretarias e sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministério da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha de representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho nacional de Saúde.

Nesse pensamento, e identificado com maior intensidade a política neoliberal na atuação do Estado, é esse período que essa ideologia começa a influenciar a não intervenção do Estado a “questão social”, visto que passa a responsabilidade que é do Estado para a sociedade pela suas condições de vida, bem como a suas formas de sobrevivência. Tudo isso tem relevância nos anos 90, potencializando em torna da privatização na questão de bens e serviços que antes públicos. Essas transformações vêm ganhando força na saúde, no que se refere nas ações de atuação profissional do assistente social nesse espaço, com isso surgindo novos desafios, onde muitas vezes esse modelo neoliberal, está respaldado pelo Estado, dificultando o trabalho desenvolvido, ao invés de elaborara estratégias para combater as proposituras postas nesse meio.

Verifica-se historicamente que o Serviço Social na saúde, vem dirimindo as formas de atuação profissional, diante das complexas formas de transformação vem sofrendo com a Reforma Sanitária, que mostra uma forma de intervenção tradicional, um Serviço Social de caso, ou seja, era apenas voltada para o âmbito curativo e individual.

Segundo Bravo e Matos (2006):

a ação profissional do assistente social vem sendo pautada pelos avanços consolidados pela a perspectiva de Intenção de Ruptura, caracterizada como terceira direção do processo de Renovação do Serviço social brasileiro. Essa perspectiva ainda que de forma muito tímida favoreceu o debate sobre a intervenção dos assistentes sociais nos diferentes espaços sócio-ocupacionais, incluso à saúde.

Nessa época, surgem dois modelos de projetos contraditórios decorrentes dessa área que são o Projeto de Reforma Sanitária já existente, e o Projeto Privatista confrontando com o Projeto Ético-Político profissional, que visa defender princípios e valores concentrados na emancipação dos direitos dos sujeitos sociais, pois no modelo de Projeto Privatista a proposta era seguida com a contenção dos gastos e o favorecimento da privatização dos setores públicos. Os desafios são cada vez mais identificados pelos assistentes sociais em seu cotidiano, exigidos a darem respostas com a realidade institucional, não conciliando na sua totalidade aos seus destinatários da ação. Esse trabalho que envolve o assistente social na área da saúde vem se tornando cada vez mais requisitado em diversos espaços, tanto no publico quanto no privado, e isso se da pela competência do aprofundamento teórico-metodológico e técnico operativo, principalmente em hospitais.

Observa-se então a preocupação das melhorias nas condições de vida e de bem estar da população, estava relacionando ao processo de adoecimento e evolução, e isso tinha forte influencia para a o crescimento do capitalismo.

E para Silva (1995, p.7):

qualquer fator que interrompesse o processo de saúde do homem merecia a preocupação, sendo nesse momento que se desencadeou a necessidade de existência de Instituições Sociais que assistissem a saúde do homem, no sentido de se garantir o desenvolvimento da sociedade.

Dessa maneira é que vão surgindo os primeiros hospitais que estão voltados ao atendimento da saúde da população, priorizando as formas de prevenir a doença, e com

isso faz com que haja uma diminuição nesses índices que tanto prejudicava o desenvolvimento econômico, e para essa época as pessoas eram deixadas nesses hospitais como forma de depósito, separando daqueles que não pudessem arcar com recursos financeiros no seu tratamento.

Campos (1995) mostra que:

Os primeiros hospitais foram criados como locais de isolamento onde a caridade se exercia com uma prática de cristianismo. Eram locais para pobres, mulheres desamparadas, velhos e doentes crônicos, sob o cuidado de monges e religiosos. Constituíam o último recurso que a caridade oferecia para o paciente pobre [...] a tecnologia médica disponível só minorava o sofrimento: os pacientes com maiores recursos tratavam-se em domicílio e a relação médico-paciente era independente da organização hospitalar.

Dentro dessa colocação, as práticas eram operacionalizadas de forma curativa e religiosa que não dispunha de qualquer recurso, com isso esse espaço era preenchido pela igreja católica pela filantropia, mas o Estado tinha o objetivo com que isso acabasse e principalmente com o poder da igreja, antes considerado uma instituição que obtinha maior poder diante da sociedade, com isso começa a surgir os hospitais em um cenário moderno e de organização voltada à atenção à saúde, aprimorando as práticas da medicina, desenvolvendo a eficiência na promoção de bem-estar, físico, social e mental da saúde.

Com o desenrolar dessas transformações em que a sociedade vinha enfrentando, grandes projetos iam cada vez mais evoluindo em grande escala, requisitando novas formas de inserção de profissionais nessa área, inclusive a do assistente social sócio-ocupacional. Mas mesmo com todas essas mudanças, muitos costumes ainda permaneceram como as perspectivas de pensamentos conservadores, que muitas vezes não tinham um olhar crítico e diferenciado nas novas práticas que ali estavam sendo inseridas. Verifica-se que o Serviço Social gradativamente vinha ampliando seu espaço na sua atuação, tendo em vista o seu marco legal de atuação da profissão, inclusive as condições sócio-culturais que estão inseridas na sociedade. Com isso o quesito em saúde/doença vem mostrando maneiras sucintas em seus determinantes sociais no que as condições de vida e de trabalho.

Com isso o CFESS (2006 *apud* Dal Prá, p.30), diz o seguinte:

O assistente social como profissional da saúde tem como competência intervir junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos, que

reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços no Setor, que seja a nível de promoção, proteção, e ou/recuperação da saúde.

Dessa forma a atuação do assistente social nesse espaço requer novos direcionamentos em suas demandas. E com isso Yamamoto (2008) mostra que “a organização social capitalista insere diversas armadilhas no cotidiano profissional que devem ser objetos de atenção. E é com essa perspectiva que o assistente social deve enxergar as contradições postas em seu cotidiano profissional”.

Com isso os diversos profissionais são direcionados ao modelo de projeto privatista quando trabalham em relação às condições dos usuários, a atuação psicossocial por meio do aconselhamento, da ação de fiscalizar, o assistencialismo por meio ideológico do pavor e do predomínio das praticas individualista. Nessa visão, percebe-se um forte posicionamento da pratica conservadora enquanto política publica, na necessidade de aprimoramento fragmentado da prática medica curativa, uma forte presença profissional com a prática sanitaria depois que se submetiam uma formação em saúde pública, e na intervenção do serviço social clínico relacionado às práticas terapêuticas.

A prática profissional do assistente social requer da categoria, um conceito ampliado de saúde, não excluindo o paciente da doença em si, mas ter uma visão fruto das relações sociais destas como direito do seu meio físico, metal, social e cultural. Com isso o agir nesse sentido, deve superar a enfermidade desse paciente e distancia-se de práticas que antes eram tomadas por ele como as paramédicas, e hoje já são desenvolvidas por outros profissionais. É com essa visão que os determinantes de saúde-doença exigem conhecimento e visão de aptidão de interesse geral, trabalhando com o sujeito em sua totalidade.

Para Yamamoto (2008), mostra que o trabalho do assistente social refere-se:

As condições que peculiarizam o trabalho do assistente social são uma concretização da dinâmica das relações sociais vigentes na sociedade. Como as classes sociais só existem em relação, pela mútua mediação entre elas, o trabalho profissional é necessariamente polarizado pela trama de suas relações e relação, tendendo a ser cooptado pelas que tem uma posição dominante. Reproduz, também, pela mesma atividade interesses contrapostos, que convivem em tensão. Responde tanto as demandas do capital e do trabalho, e só pode fortalecer um ou outro polo pela mediação de seu oposto. Participa tanto dos mecanismos de exploração e dominação, quanto, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora, da reprodução do antagonismo desses interesses

sociais, reforçando as contradições que constituem o motor da história.

Portanto, a prática do Serviço Social enquanto profissão tem o compromisso de defesa política, ética e social da classe trabalhadora, apropriando-se das lutas de classes para o enriquecimento do Projeto Político Profissional, no qual está inserido ao Projeto da Reforma Sanitária, e com isso o posicionamento crítico em defesa do direito da qualidade de atendimento da saúde pública, respaldados nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, garantindo o acesso universal à saúde excluído todas as formas de negociação regidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho do assistente social torna-se relevante sob a forma de como esses profissionais atuam em serviços nas mais diferentes áreas de atuação, pois os desafios enfrentados são os mais diversos no que diz respeito a conduta ética, profissional e social dos cidadãos envolvidos no modelo assistencial de saúde pública que gerenciam o ambiente hospitalar.

Conclui-se que o trabalho do assistente social no contexto hospitalar, mostra a relação de parâmetros da atuação deste profissional na saúde em atendimento aos usuários. Neste contexto, independentemente das condições que se mostrem em detrimento do que está disponível naquele espaço, articulando meio que possam facilitar a sua atuação em suas atribuições e competência relacionadas a política de saúde. Com isso, o serviço prestado nos hospitais com ênfase à saúde pública, devem seguir critérios que são exigidos pelo Programa Nacional de Assistência Hospitalar.

Dessa forma, esse estudo foi feito para investigar o trabalho do assistente social na saúde pública no Brasil e as contradições referidas ao projeto ético-político da profissão em seus diversos espaços de ocupação, em defesa da saúde como direito e promover a participação da população na promoção e na gestão da saúde.

## REFERÊNCIAS

- BARROCO, Maria Lúcia Silva. **O Novo Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Serviços & Sociedade, n.41, São Paulo: Cortez, 1993.
- BRASIL. Lei Nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, e da outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M.C. **Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate**. In: BRAVO, M. I. S. et al. (orgs). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2004.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: MOTA, Ana Elizabete. [et al], (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2006. p.197-217.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Questão da Saúde e Serviço Social: as práticas profissionais e as lutas no setor**. Tese de Doutorado. Departamento de Serviço Social PUC/SP, 1991.

CAMPOS, Teresinha Calil Padis. **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995. p. 13-25.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **RESOLUÇÃO CFESS nº 493/2006** de 21 de agosto de 2006. Disponível em:  
[www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao\\_493-06.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf) > Acesso em: 21.10.2018.

CRITELLI, D. O trabalho e o sentido da vida. **Folha de S. Paulo**. São Paulo, 2 mar. 2006. Folhaequilíbrio, p. 2. Serviço Social Sociedade, São Paulo N 107, p.497-508, jul/set.2011.

IAMAMOTO, M. V. **As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo**. in MOTA, Ana Elizabete (org. et al.) Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009. p. 161-196.

MARTINELLI, M. L. **Reflexões sobre o Serviço Social e o Projeto ético-político**. Emancipação, Ponta Grossa, v. 1, n. 6, p. 9-23, maio 2006.

MARTINELLI, M. L. **O uno e o múltiplo: uma abordagem socioeducacional**. In: Martinelli, M. L.; Rodrigues, M. L.; Muchail, S. T. (Orgs.). O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber. São Paulo: Cortez/Educ, 1995. p. 139-51.

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

OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA FLEURY, S.M. IN: **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.

PAIM, JS. **A reforma sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual**. In: Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 153-174. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from Scielo Books.<http://books.scielo.org>.

SILVA, Maria Geusina da. **A Prática Profissional do Assistente Social, Demandas e Alternativas Frente ao Hospital Regional de Cascavel: o relato de uma experiência de estágio**. Toledo, 1997. 92 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social), Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

SOARES, R. C. **A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social.** In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012. p. 85-110.

TEIXEIRA, S. F. **Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma Sanitária.** In: Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria. Teixeira, S. F.(org.). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.