



INTEGRALIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: contribuições do assistente social na alta complexidade

Gleisa Campos¹

Silse Teixeira de Freitas Lemos²

RESUMO

O Sistema Único de Saúde brasileiro, gestado no seio do Movimento de Reforma Sanitária, tem a integralidade entre seus princípios fundamentais. Efetivá-lo na conjuntura neoliberal é um desafio, especialmente na alta complexidade marcada pela abordagem biomédica. Esta revisão não sistemática de abordagem qualitativa teve como método o materialismo histórico dialético. Discute o Serviço Social como aliado do Projeto de Reforma Sanitária e suas possíveis contribuições à efetivação da integralidade.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Integralidade em Saúde, Serviço Social.

The Brazilian Unified Health System, created within the Sanitary Reform Movement, has integrality among its fundamental principles. Carrying it out in the neoliberal context is a challenge, especially in the high complexity marked by the biomedical approach. This non-systematic review of qualitative approach used dialectical materialism as a method. Discusses Social Work as an ally of the Sanitary Reform Project and its possible contributions to the effectiveness of integrality.

Keywords: Unified Health System, Integrality in Health, Social Work.

¹ Universidade Federal do Maranhão; Especialista em Clínicas Médica e Cirúrgica e em Atenção à Saúde Cardiovascular; Bolsista FAPEMA - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Maranhão. E-mail: gleisacampos@gmail.com.

² Universidade Federal do Maranhão; Doutora em Serviço Social, Movimentos Sociais e Políticas Sociais. Professora efetiva da Universidade Federal do Maranhão – DESES. E-mail: silselemos@gmail.com.

PROMOTORES



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO E DOUTORADO

APOIO





1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS tem gênese no Movimento de Reforma Sanitária, amplo movimento de bases democráticas que, a partir da década de 1970, propunha a reformulação do setor saúde pela via da redemocratização do Estado Brasileiro. Dentre os princípios que o fundamentam, destacamos a integralidade.

A integralidade encerra conceitos complementares que se referem à prevenção, recuperação e reabilitação da saúde sob a égide do conceito ampliado de saúde, conceito cunhado na Conferência de Alma Ata, o qual não se restringe à dimensão biológica da ausência de doenças, mas pressupõe um estado de completo bem-estar biopsicossocial (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978, p.1) e considera os determinantes sociais como partícipes do processo saúde – doença.

Além disso, apreende os usuários como sujeitos de direitos, portanto objetos de ações e serviços de saúde prestados sob perspectiva transdisciplinar, cidadã e democrática. A literatura identifica elementos chave presentes no desafio histórico de implementar a saúde integral, especialmente na alta complexidade, a qual congrega tratamento especializado, densidade tecnológica e alto custo.

Nessa perspectiva a inserção da(o) assistente social nas equipes multidisciplinares é um ganho ao SUS, pois a categoria carrega a marca histórica da defesa do Projeto de Reforma Sanitária em contraposição ao Projeto de Saúde Privatista Aliado ao Mercado, e da saúde como direito, portanto, profundamente identificada com a proposta de saúde integral, bem como com a concepção de uma sociedade democrática e justa na implementação das políticas públicas.

Esta revisão não sistemática de abordagem qualitativa (MINAYO, 2010, p. 21) tem como método de análise o materialismo histórico dialético. Entre suas fontes estão periódicos, recentes publicações em anais de eventos e bases de dados de pesquisa em saúde. Discute a posição estratégica do Serviço Social para efetivação do princípio da integralidade no SUS considerando a particularidade da alta complexidade.

PROMOTORES



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO E DOUTORADO

APOIO





2 ATUAÇÃO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE: desafios e contribuições na efetivação do princípio da integralidade

O profissional do Serviço Social desempenha suas atividades orientado pela Lei de Regulamentação da Profissão, Lei 8.662 de 7 de junho de 1993, pelas Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS, bem como pelos valores e princípios do Código de Ética Profissional. Sua intervenção é orientada por um projeto ético-político que tem a liberdade como valor ético central, “[...] liberdade concebida historicamente, como a possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais [...]” (NETTO, 1990, p. 15).

Seu material de trabalho é a questão social, ou seja, “[...] o conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado [...]” (IAMAMOTO, 2006, p.16), o que demanda apreensão da realidade social para além do aparente, compreensão da tessitura social a partir de uma perspectiva totalizante e que identifica os determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades, portanto uma leitura crítica da realidade. A categoria se compromete com o fortalecimento dos espaços de luta e organização da classe trabalhadora, construção coletiva de estratégias técnicas e políticas para transformação da realidade e ampliação de direitos.

Embora inserido em contextos hospitalares desde 1945, o Serviço Social só foi reconhecido como profissão da área da saúde em 1997, por meio da Resolução Nº 218 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Sua atuação na área se dá a partir da concepção ampliada de saúde defendida pela Organização Mundial de Saúde, em âmbito global, e, no Brasil, pelo Movimento de Reforma Sanitária.

Dá-se também a partir da ótica da Constituição Federal de 1988 e das leis Nº 8080/1990 e Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, as quais apontam que a saúde é direito de todos e dever do Estado, indicam os fatores determinantes e condicionantes da saúde como partícipes do processo saúde-doença e indicadores dos níveis de organização social e econômica do País, bem como apontam a centralidade do



controle social. Há, portanto, profunda identificação entre os princípios defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária, pelo SUS e os fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos que norteiam o Serviço Social.

É compromisso ético-político da categoria contribuir para o acesso ao direito à saúde de forma qualificada e integral em todos os níveis de complexidade do SUS. Esta atuação, porém, sofre os rebatimentos da contrarreforma do Estado Brasileiro que avança sobre a política de saúde, em especial no âmbito hospitalar de alta complexidade. Conforme Bravo (2001, p.15), a cena da saúde no Brasil é de luta entre o Projeto de Reforma Sanitária, que tem o SUS como estratégia e preocupa-se com a atuação do Estado em função da sociedade sob a concepção de Estado Democrático de Direito, e o Projeto Articulado ao Mercado, modelo pautado na política de ajuste neoliberal, de caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através de um pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços a nível local (BRAVO, 2001, p.15).

Para Leal e Castro (2017, p. 215) a alta complexidade guarda fortes marcas do modelo biomédico de atenção, mantém-se centrado na doença e constitui-se um lócus privilegiado de ações que envolvem grande volume de capitais, tecnologias e equipamentos, fomentando uma lógica privatista, tanto na atenção direta aos usuários quanto na gestão dos serviços.

A atuação do assistente social não se dá alheia a esses desafios, estes, porém, devem ser encarados como oportunidades para contribuição estratégica na efetiva implementação do princípio da integralidade, especialmente através das seguintes dimensões: no incentivo à consideração dos determinantes sociais da saúde, incentivo à atuação interprofissional, na intersetorialidade e articulação em rede, bem como no fortalecimento da humanização, tanto da assistência como da gestão compartilhada com efetivo controle social.

Como mencionado, as expressões da questão social são o objeto de trabalho do assistente social, este profissional, portanto, tem contribuições indispensáveis para a efetiva consideração dos determinantes sociais da saúde e de seus impactos no processo saúde-doença. Maia e Canuto (2018, p.12) comentando sobre a atuação do assistente social na Unidade de Acidente Vascular Cerebral em um hospital de alta



complexidade do Ceará, relatam que as entrevistas sociais e estudos socioeconômicos realizados pelo Serviço Social subsidiam o cuidado prestado tanto pelo assistente social quanto por toda a equipe multiprofissional.

As escutas qualificadas colhem dados sobre as condições de vida e trabalho, situação socioeconômica e previdenciária, vínculos familiares e redes de apoio para suporte e cuidado durante a internação e no pós-alta, por exemplo. A partir dessas informações são realizadas orientações sociais, previdenciárias e trabalhistas, encaminhamentos para benefícios sociais (Benefício de Prestação Continuada, Programa Bolsa Família, Auxílio Emergencial no contexto da pandemia da Covid-19, etc..), previdenciários (auxílio doença, aposentadoria em suas diversas modalidades, pensão por morte, dentre outros) e de saúde (Programa Farmácia Popular do Brasil, Programa HiperDia e outros). Além de orientações para acesso a insumos, órteses e próteses, benefícios eventuais, etc...

O acompanhamento social de usuários e familiares nas unidades hospitalares possibilita o atendimento de demandas sociais de curto (emergenciais), médio e longo prazo. Nessa perspectiva, a inserção do assistente social nos espaços de planejamento como elaboração de protocolos e decisões estratégicas também figura como via privilegiada de contribuição na consideração dos determinantes sociais no âmbito da gestão e no planejamento dos serviços.

No desempenho dessas atribuições é exigido do assistente social capacidade de identificar e compreender criticamente o contexto socioeconômico e cultural no qual o usuário está inserido através de uma estreita relação entre as dimensões ético-política e técnico operativa de sua atuação. Porém, sua finalidade não é apenas a satisfação de demandas características do Serviço Social, também é necessária a habilidade de articulação com as equipes multiprofissionais e gestores de forma a chamar a atenção para esses determinantes e demandas sociais, bem como para a necessidade de sua abordagem de forma interprofissional.

A atuação interprofissional no âmbito da saúde é um desafio, a histórica hegemonia do modelo de atenção biomédica na alta complexidade incentiva a ação compartimentalizada dos diferentes profissionais. Na contramão dessa tendência a natureza da atuação do assistente social é direcionada à integralidade, portanto, pode



o assistente social contribuir como gestor ou promotor de estratégias que visem a promoção da interprofissionalidade e do cuidado integral.

Nessa perspectiva, Maia e Canuto (2018, p. 324) relatam experiência em hospital terciário do Ceará, onde assistentes sociais promovem Comunidades de Prática (CoP) e Grupos Operativos, reuniões quinzenais de incentivo a participação da equipe multiprofissional, residentes e acadêmicos, no debate de temas propostos pelos participantes, e reuniões semanais de assistentes sociais residentes e terapeutas ocupacionais com acompanhantes, uma estratégia de educação em saúde e cuidado ao cuidador por meio da atuação integrada entre categorias distintas.

Lima et al. (2019, p.7), descrevendo a atuação do Serviço Social na Clínica Neurocirúrgica de um hospital terciário no Amazonas, destacam a realização de palestras educativas junto a equipe multidisciplinar para promover a discussão de temas como os determinantes sociais da saúde, integralidade, diretrizes do SUS, bem como sobre as especificidades da atuação do Serviço Social na unidade.

Ferrugem et al. (2019, p.15-16), comparando a atuação da categoria nos serviços de Neurocirurgia, Cirurgia Bariátrica, Ortopedia e Traumatologia em hospital de alta complexidade do Rio Grande do Sul, verificaram que nos serviços de Cirurgia Bariátrica e Ortopedia e Traumatologia há maiores condições de articulação entre as categorias profissionais, pois esses serviços dispõem de grupos de avaliação e planejamento coletivos, bem como Rounds de Comanejo, inclusive com participação dos usuários no planejamento do cuidado. Já nos serviços que não dispõem de espaços dessa natureza não só o assistente social como também as demais categorias atuam de forma fragmentada, de acordo apenas com seu saber especializado, o que dificulta a apreensão e atendimento integrais dos sujeitos.

Tais mecanismos incentivam a comunicação efetiva e qualificada entre os profissionais da equipe, possibilitam a educação permanente por meio da troca de experiências e saberes, bem como instrumentalizam profissionais para a atuação integrada, avançando do trabalho multiprofissional para a interprofissionalidade, e para o atendimento integral.

Estratégias dessa natureza evidenciam a dimensão pedagógica do Serviço Social mencionada por Abreu (2004, p. 53). Para a autora o Serviço Social encontra-



se no campo das atividades que mobilizam os processos políticos de formação e transformação da cultura humana, através da sua intervenção de caráter contestador da ordem vigente encabeça a construção de estratégias de organização de uma cultura contraposta à dominante. Para alguns autores, o modelo biomédico de atenção à saúde resta dominante, a dimensão educativa do Serviço Social se expressa, por exemplo, na mobilização e educação, tanto da equipe, quanto dos usuários, em torno de estratégias que incentivem a superação desse modelo.

Destaca-se que, estratégias de informação da equipe quanto às atribuições privativas, objeto e objetivos do Serviço Social para se fazer conhecido e demandado por aquilo que, de fato, lhe cabe é uma forma de defesa do seu espaço, bem como de despertar da equipe para comunicação eficiente e atuação compartilhada. Levantar perfis sociais dos usuários e demandas também podem demonstrar à gestão o impacto dos determinantes sociais, por vezes, reconhecidos apenas pela categoria, mas que impactam na atuação da equipe assistencial e de gestão.

A intersectorialidade é outro desafio que pode ser enfrentado pela via da educação coletiva. O conceito de integralidade pressupõe atuação compartilhada dentro e fora das unidades e redes de saúde, a efetiva articulação das unidades de saúde com os equipamentos das demais políticas sociais, em especial daquelas que compõem o tripé da Seguridade Social, é indispensável e um importante eixo de atuação do assistente social.

Como vimos, o assistente social atua diretamente nas demandas oriundas dos determinantes sociais da saúde. Situações como afastamento do trabalho em razão de internações ou diagnósticos, programação de alta hospitalar de usuários domiciliados em outros municípios ou estados, pessoas em situação de rua, sem referências familiares ou comunitárias no local de internação, demandas por acesso a insumos para continuidade do cuidado no pós-alta ou em regime ambulatorial e demais vulnerabilidades sociais demandam dos profissionais necessária comunicação e articulação com outras políticas e unidades das redes de atenção à saúde (FERRUGEM et al. 2019, p.9).

Nesse contexto, destacam-se os Centros de Referência da Assistência Social – CRAS e Centros de Referência Especializado de Assistência Social-CREAS,



instituições de acolhimento e demais equipamentos da Política de Assistência Social; Instituto Nacional do Seguro Social, junto à política de Previdência Social; Defensoria Pública e Ministério Público, nos casos que exigem judicialização para acesso ao direito à saúde; Centros de Atenção Psicossocial – CAPS em suas diversas modalidades, Casa de Saúde Indígena – CASAI, bem como as secretarias estaduais e municipais de saúde como contributo à efetivação de referência e contrarreferência.

Concorda-se com Ferrugem et al. (2019, p.5) quando apontam que, ainda que a intersectorialidade deva ser uma preocupação de toda a equipe de saúde, na maioria das vezes fica a cargo do(a) assistente social. A articulação da Política de Saúde com o Sistema de Seguridade Social passa necessariamente pelo (a) Assistente Social, porém não só por ele (a). Estratégias como as já mencionadas para capacitação e mobilização da equipe multiprofissional podem ser capitaneados por assistentes sociais como incentivos para os demais membros contribuírem nesse processo.

Por fim, a Humanização tanto da assistência quanto da gestão dos serviços. No que tange à assistência, a Política Nacional de Humanização - PNH aposta na diretriz da Clínica Ampliada, no acolhimento dos usuários enquanto sujeitos de direitos, bem como na sua inclusão e de suas redes sociofamiliares no processo de cuidado como recursos para corresponsabilização e efetiva participação (BRASIL, 2015, p.7). Uma estratégia apontada pela Clínica Ampliada capaz de promover esse nível de atenção integral é o Projeto Terapêutico Singular – PTS que, além de promover a articulação das diferentes categorias profissionais da saúde num esforço para apreensão integral dos sujeitos, prevê também a participação dos usuários e seus familiares no planejamento do cuidado, considerando-os protagonistas e corresponsáveis nesse processo.

Refletindo sobre a implementação do PTS na clínica médica de um hospital universitário no Maranhão, Campos e Lemos (2019, p.5) identificaram nas falas de trabalhadores daquele setor diversas potencialidades e contribuições dessa ferramenta, dentre elas a otimização da qualidade do atendimento e da condução do cuidado a partir da apreensão do usuário para além do caráter patológico, internação e alta seguras, bem como valorização da fala, autonomia e dignidade dos usuários e seus familiares (CAMPOS e LEMOS, 2019, p.5).



Nessa perspectiva, Maia e Canuto (2018, p.17), quanto à inserção do assistente social na da Unidade de AVC de um hospital terciário do Ceará, destacam que preceitos e estratégias da Clínica Ampliada contribuíram para diminuir a distância entre usuários e profissionais, tornando o ambiente mais acolhedor e humanizado.

No contexto da pandemia da Covid-19, Woitezak, Santos e Tallamini (2020, p.66-67) comentam sobre a atuação do Serviço Social na garantia da atenção interdisciplinar e do suporte familiar em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de alta complexidade do Rio de Janeiro. Por conta das restrições estabelecidas para controle da pandemia a circulação de pessoas diminuiu significativamente na unidade, tanto de profissionais quanto de familiares e pessoas das redes de apoio de puérperas e recém-nascidos. Nesse contexto, o Serviço Social utilizou estratégias como o uso de equipamentos tecnológicos que viabilizaram o atendimento social remoto de familiares e a comunicação destes com os demais membros da equipe. A inovação no emprego de tecnologias de comunicação garantiu, na medida do possível e do seguro, algum nível de suporte, interação familiar e fortalecimento da atenção integral e humanizada.

Quanto à humanização da gestão, a PNH aposta na gestão participativa, na cogestão e no controle social. Estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento às relações de poder hierarquizadas, traço característico do modelo biomédico. Incentiva a participação ativa dos trabalhadores e usuários nos processos de tomada de decisão através de colegiados gestores, mesas de negociação, câmaras técnicas de humanização, gerência de porta aberta, e outros (BRASIL, 2015, p.9).

Esse eixo é especialmente desafiador quando refletimos acerca dos hospitais universitários (HU's) administrados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Silveira e Rodrigues (2019, p.14), bem como Angelim, Silveira e Patriota (2018, p.2), apontam uma série de incompatibilidades do modelo de gestão da EBSEH com o SUS e a gestão humanizada. Dentre elas estão: focalização das ações em demandas sob a lógica curativa, processos de trabalho fragmentados e verticalizados, exclusão de trabalhadores do planejamento e avaliação de ações e questões trabalhistas, controle social inexistente, dentre outras.



Especificamente quanto à impossibilidade de efetivação do controle social, note-se que, no Estatuto Social da empresa o único espaço expressamente direcionado ao controle social é o Conselho Consultivo, este, porém, não prevê representação alguma de trabalhadores ou usuários, apenas do presidente e ex-presidentes da empresa. Já o Conselho de Administração, órgão deliberativo, prevê a presença de apenas um representante de empregados, sem menção à representação de usuários. Tem-se assim, a expressão de um completo desacordo com o controle social preconizado pelo SUS, o qual prevê a participação de usuários em caráter deliberativo, pois se trata de princípio constitucional e eixo norteador do sistema.

Conforme o §6º do Art. 37 do Estatuto Social da EBSEH, o representante dos empregados não tem espaço nas discussões e deliberações sobre assuntos que envolvam relações sindicais, sendo tais assuntos deliberados em reunião separada e exclusiva para tal fim (BRASIL, 2020, p.12).

O modelo de gestão imposto pela EBSEH, portanto, alija trabalhadores e usuários dos espaços de decisão e reforçam a hegemonia do modelo de atenção biomédica, hierarquizada e antidemocrática. Os HU's geridos por essa lógica privatista neoliberal podem progressivamente distanciarem-se das demais políticas do Sistema de Seguridade Social, o que implica fragilização da integralidade em âmbito macro, e enfraquecimento, senão total perda da participação dos trabalhadores e usuários nos espaços de decisão, impossibilitando a gestão participativa e o controle social.

Este grande desafio é terreno propício às contribuições do Serviço Social, porque além de fazer uso da dimensão pedagógica já mencionada, o assistente social deve, com base na dimensão-ético política da profissão, promover estratégias de incentivo à gestão compartilhada, ao controle social e à atenção humanizada e integral. O Código de Ética da profissão e os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde explicitam essa vinculação tanto por meio dos princípios concernentes à ampliação e consolidação da cidadania, da gestão democrática de serviços, programas e políticas sociais, da defesa do aprofundamento da democracia como socialização da participação política, quanto em relação ao dever de o assistente social contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária e trabalhadores nas decisões institucionais (CFESS, 2010, p.30).



Refletindo sobre os processos de trabalho do Serviço Social em um HU da rede EBSEH em Pernambuco, Beserra (2018, p.14-15) entende que a materialização do processo de contrarreforma do estado no setor saúde, especialmente quanto aos hospitais universitários, ocorre com a criação da EBSEH. Reconhece também que

[...] existem disputas pela hegemonia no campo da Saúde Coletiva e compreende-se também que existem limites profissionais no desenvolvimento da instrumentalidade em equipes multidisciplinares e interdisciplinares. Contudo, ao mesmo tempo, entende-se que são nesses espaços que podemos atuar para desconstruir a hegemonia do modelo biomédico e [...] construir coletivamente a defesa da saúde como democracia e direito social (BESERRA, 2018, p.14-15).

Nesse propósito, importante contribuição dos assistentes sociais é a organização de espaços de avaliação coletiva da atuação das equipes, com a participação de profissionais, gestores e usuários. Ambientes democráticos para levantamento de pautas e propostas que componham a gestão das clínicas e unidades de saúde. Nesse sentido, Campos e Lemos (2019, p.23) apontam o PTS como rica estratégia de gestão compartilhada com controle social, pois pode ser fonte de dados produzidos pelos próprios profissionais e usuários dos serviços, além de serem espaços que podem e devem ter a participação dos gestores das unidades.

Esses dentre outros desafios fazem da atenção em alta complexidade terreno fértil para a atuação do assistente social, individualmente, mas, sobretudo em articulação interprofissional com as equipes multidisciplinares, gestores de unidade e serviços e usuários, bem como no estímulo à atuação intersetorial no sentido da implementação de estratégias que visem contribuir para a superação do modelo biomédico de atenção à saúde e efetiva operacionalização da integralidade no SUS.

3 CONCLUSÃO

O princípio da integralidade, gestado sobre os fundamentos do Movimento de Reforma Sanitária, prevê a prestação dos serviços de saúde de forma a garantir a prevenção, recuperação e reabilitação em todos os níveis de complexidade do SUS



sob a égide do conceito ampliado de saúde, o qual considera os determinantes sociais como partícipes do processo saúde – doença. Além disso, apreende os usuários enquanto sujeitos de direitos, portanto objetos de ações e serviços de saúde prestados sob perspectiva transdisciplinar, cidadã e democrática.

A operacionalização do SUS sob essa perspectiva, porém, tem se dado em contexto contrário aos princípios que o fundamentam. A contrarreforma implementada no Estado Brasileiro a partir da década de 1990, tangida pelo receituário neoliberal, avança fortemente sobre os direitos e políticas sociais fragilizando-os. O SUS, conforme preconizado na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, tem sido fortemente ameaçado pelo Projeto de Saúde Articulado ao Mercado, o qual fortalece o modelo de atenção biomédica.

Implementar a integralidade na atenção à saúde é um desafio que se acirra no contexto da atenção em alta complexidade, a qual tem sido alvo dos avanços neoliberais, especialmente sob a forma dos novos modelos de gestão. A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH para gerir os hospitais universitários sob lógica notadamente empresarial/privatista é um exemplo desse processo.

Nessa conjuntura a atuação do assistente social pode ser desenvolvida de forma estratégica como importante contribuição para o fortalecimento da atenção integral, especialmente no incentivo à consideração dos determinantes sociais da saúde, no estímulo à atuação interprofissional e intersetorial, assim como no fortalecimento da humanização, tanto da assistência como da gestão compartilhada com efetivo controle social. Para tanto, faz-se necessária atuação profissional, orientada pela articulação entre as dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa da profissão, bem como das dimensões pedagógica e teleológica, acompanhadas da constante reaproximação dos fundamentos do Projeto Ético Político e dos valores do Código de Ética da Profissão, os quais se identificam fortemente com os princípios norteadores do SUS.

O embate entre o projeto societário de reforma sanitária e o projeto privatista aliado ao mercado permanece e a defesa do SUS passa, invariavelmente, pelo resgate dos valores e compromissos do Movimento de Reforma Sanitária, bem como



pela atuação profissional estrategicamente direcionada à defesa dos direitos e interesses da classe trabalhadora. Para o Serviço Social, enfrentar o desafio da implementação da integralidade é um exercício não apenas técnico, mas profundamente ético – político. Consiste num movimento de defesa e resistência em favor da manutenção do SUS enquanto direito, gratuito, universal e integral.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. M. A dimensão pedagógica do Serviço Social: bases histórico-conceituais e expressões particulares na sociedade brasileira. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, ano XXIV, nº 79, p.43-71, set/2004.

ANGELIM, Maria Roberta Medeiros; SILVEIRA, Sandra Amélia Sampaio; PATRIOTA, Lucia Maria. Os desafios à efetivação da Política Nacional de Humanização da Saúde no contexto da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). In: 16º ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL. 2018. **Anais eletrônicos [...]** Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22810>. Acesso em: 07 jan. 2021.

BESERRA, Ingrid Karla da Nóbrega. A EBSERH E o Serviço Social: reflexões sobre o processo de trabalho do assistente social num hospital de alta complexidade. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. 2019. **Anais eletrônicos [...]** Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22942>. Acesso em: 07 jan. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.

BRASIL. **Estatuto Social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**. Aprovado na Assembleia Geral Extraordinária realizada no dia 10 de novembro de 2020. Ministério da Educação. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/legislacao-e-normas/rede-ebserh/es_19fev2020-24042020.pdf/view. Acesso em: 07 jan. 2021.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 12 nov. 2020.

BRASIL. **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 12 nov. 2020.



BRASIL. **Lei 8.662, de 07 de junho de 1993.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm. Acesso em: 17 dez. 2020.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização.** 1ª edição. 2ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf. Acesso em: 06 jan. 2021.

BRASIL. **Resolução Nº 2018, de 06 de março de 1997.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html. Acesso em: 28 dez. 2020.

BRAVO. Maria Inês de Sousa. **Política de Saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** 2001. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf. Acesso em: 16 jan. 2021.

CAMPOS, G; LEMOS, S. T. F. O Projeto Terapêutico Singular na Clínica Médica de um Hospital Universitário: potencialidade e desafios. In: Cristiana Costa Lima; Mari do Socorro Sousa de Araújo; Maria Eunice Ferreira Damasceno Pereira. (Org.). **Políticas Públicas em Debate.** 1ed. São Luís - Ma: EDUFMA, 2021, v., p. 9-290.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social.** Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais.** Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e n. 293/1994.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação do Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília 2010.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. **Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em 24 nov. 2020.

FERRUGEM, Renata Dutra; MACHADO, Edilene Bernardo da Silveira; GUADAGNIN, Fernanda; MENEZES, Jéssica Mabel Soares Teixeira. O Trabalho do Assistente Social na Área Adulto Cirúrgico: o cuidado em saúde na perspectiva da atenção integral. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. 2019. **Anais eletrônicos [...]** Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1342>. Acesso em: 05 jan. 2021.



IAMAMOTO, M. V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, A.E. (Org). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf. Acesso em: 17 dez. 2002.

LEAL, Laura Marcelino; CASTRO, Marina Monteiro de Castro. Política Nacional de Atenção Hospitalar: Impactos para o Trabalho do Assistente Social. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, v. 6, n. 6, p.211-228, semestral, jul. 2017.

LIMA, Mayara Viana de; LOPES, Maria Gracileide Alberto; GOMES, Patrícia Araújo de Almeida; LOBATO, Maria do Socorro Azedo; PINTO, Jocenir Carvalho; VASCONCELOS, Wesllem Araújo. Alta complexidade em Saúde: atuação do assistente social na clínica neurocirúrgica do hospital universitário Getúlio Vargas - HUGV/UFAM. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. 2019. **Anais eletrônicos** [...] Disponível em: <https://brosequini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/782>. Acesso em: 05 jan. 2021.

MAIA, Helaine Aparecida; CANUTO, Ondina Maria Chagas. **A inserção do assistente social na Unidade de Acidente Vascular Cerebral em hospital terciário do SUS**: relato de experiência. *Serviço Social e Saúde*, Campinas, SP. V.17, n2 [26], p.314-336, jul./dez 2018.

MINAYO. Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).

NETTO, José Paulo. **Democracia e Transição Socialista: Escritos de teoria e política**. Belo Horizonte: Oficina de Livros. 1990.

SILVEIRA, Sandra Amélia Sampaio da; RODRIGUES, Neyde Jussara Gomes Abdala. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH): (in)compatibilidades com o SUS. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 2018. **Anais eletrônicos** [...] Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22742>. Acesso em: 07 jan. 2021.

WOITEZAK; Daniela de Sousa; SANTOS, Thamyelle F. França dos; TALLAMINI, Elsa Cristine Zanette. Residência em serviço social na unidade de terapia neonatal diante da covid-19: relato de experiência. **Revista Ciência e Humanização do Hospital das Clínicas de Passo Fundo**, v. 1, n. 1, p. 62-73. 2020. Disponível em: <https://rechhc.com.br/index.php/rechhc/article/view/20>. Acesso em: 6 jan. 2021.