



## 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

---

Eixo: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional.

Sub-Eixo: nfase em Trabalho Profissional.

### **O TRABALHO DA ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: REFLEXÕES ACERCA DA PRÁTICA PROFISSIONAL DA ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO FRENTE À PRECARIZAÇÃO E A RETIRADA DE DIREITOS**

**Matheus Oliveira de Paula<sup>1</sup>  
Cinthia de Mello Vitória<sup>2</sup>**

**Resumo:** O presente trabalho refletirá sobre a prática profissional da Equipe do Serviço Social da Cardiologia do HFSE, aprofundando a importância da assistente social na atuação interdisciplinar, articulando os determinantes sociais do processo saúde-doença, bem como, as potencialidades do trabalho político-pedagógico frente à retirada de direitos e a ofensiva neoliberal à Seguridade Social e ao SUS.

**Palavras chaves:** Serviço Social, Prática Profissional, Seguridade Social, SUS, Neoliberalismo.

**Abstract:** This essay aims to reflect about the work of Social Workers in HFSE, approaching the significance between Public Health and the “social factor” in the health-disease process pointing to professional work, as well as the significant value of “political-pedagogical” facing of the social security and social rights taken, in modern neoliberalism.

#### **Reconstituindo um passado breve – Panorama do SUS e Seguridade Social**

O processo de redemocratização da sociedade brasileira, com a forte mobilização dos movimentos sociais e da classe trabalhadora, culminou na promulgação da Constituição Federal de 1988, em que o tensionamento e as reivindicações inscreveram, na Carta Magna, direitos sociais, perfazendo a Seguridade Social brasileira de forma articulada no tripé saúde, previdência social e assistência social. Assim postos, segundo a Constituição, no seu Parágrafo único do Artigo 194, os objetivos do Poder Público na organização da Seguridade Social:

I – Universalidade da cobertura e do atendimento;

II – Uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III – Seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV – Irredutibilidade do valor dos benefícios;

V – Equidade na forma de participação no custeio;

---

<sup>1</sup> Estudante de Graduação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, E-mail: matheusdepaula.ufrj@gmail.com.

<sup>2</sup> Profissional de Serviço Social, Hospital Federal dos Servidores do Estado, E-mail: matheusdepaula.ufrj@gmail.com.

VI – Diversidade da base de financiamento;

VII – Caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (BRASIL, 2015, p.140).

Dentro dos marcos da sociedade burguesa, os ganhos da classe trabalhadora nessa Constituição foram inegáveis, ainda mais levando-se em conta o panorama mundial de avanço neoliberal, que se iniciara a partir do final da década de 70. O processo de efervescência democrática e de lutas que pairava na sociedade brasileira não conseguiu conter os avanços neoliberais que chegaram com força na década de 90 até o contemporâneo.

A Contrarreforma do Estado Brasileiro, levada a cabo desde os anos 1990 no Brasil, minimizou o Estado, privatizando-o, mercantilizando as esferas da vida social. A Seguridade Social foi sendo descaracterizada de sua integralidade como política pública, seu financiamento reduziu-se gradativamente e o Estado foi se desresponsabilizando, dando lugar às instituições filantrópicas e caritativas. Nesse sentido, a opção política até os dias atuais continua sendo a neoliberal privatista contraposta a de democracia de massas.

Dentro desse panorama geral reconstituído aqui, a reflexão proposta se dará a partir da realidade posta para o SUS – Sistema Único de Saúde – no atual momento, e como nele se configura a prática profissional da assistente social, bem como, as condições devidas dos pacientes/usuários da Enfermaria da Cardiologia do Hospital Federal dos Servidores do Estado. O recorte analítico dado se refere à inserção dos autores no referido Hospital. A realidade posta para o SUS pode ser esclarecida como:

(...) o SUS real está longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. (CFESS, 2010, p.22).

Refletir sobre o SUS se mostra como um processo importante e necessário, frente à precarização da saúde e da Seguridade Social Brasileira, realçando a participação dos usuários desse sistema e dos movimentos sociais. Tendo em vista que, o processo de Reforma Sanitária Brasileira não se esgota no SUS, sendo um processo mais amplo e que prevê a radicalização da democracia (PAIM,2012). Nesse sentido, faz-se necessário apontar o processo de reforma sanitária, como, também, os determinantes sociais do processo de saúde doença, frente à intervenção da assistente social no SUS.

## **A Reforma Sanitária Brasileira, os determinantes sociais da saúde e a prática profissional das assistentes sociais**

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira – RSB – envolveu diferentes atores em suas lutas pela democratização da saúde, e as assistentes sociais também conformaram parte desse movimento. A partir de uma nova leitura sobre o processo saúde-doença, uma vez que a leitura apenas “natural” e “biológica” não dava mais conta de explicar os processos de adoecimento que acometiam os sujeitos e a coletividade. Nesse sentido, foi necessária a compreensão da saúde a partir de seus determinantes sociais, compreendendo as relações sociais e questões materiais que afetam o processo saúde-doença.

Transformar a prática médica clínica, de um modelo hospitalocêntrico posto para a saúde, passa por entendê-la em uma perspectiva total, articulando as condições sociais de vida que agravam a saúde. Do mesmo modo, congrega e amplia a participação e o controle social dos indivíduos e da coletividade no SUS, como previsto na Lei 8.142/90. Os determinantes sociais que afetam o processo saúde-doença passam pela compreensão e análise do modo de vida e produção que a sociabilidade burguesa produz e reproduz. Os agravos à saúde podem – e são – potencializados por diversos fatores que estão correlatos ao modo de organização da sociedade, assim como, às especificidades do Brasil, sua formação sócio-histórica e a ofensiva neoliberal, tendo relações com questões socioeconômicas, de gênero, raça, territorialidade. Elucidando com parte do documento do CEBES (1979, p.12), apresentado a câmara dos deputados federais em 1979:

Por uma saúde autenticamente democrática entende-se:

1 – o reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde;

2 – o reconhecimento do caráter sócio-econômico global destas condições: emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis;

3 – o reconhecimento da responsabilidade parcial porém intransferível das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população;

4 – o reconhecimento, finalmente do caráter desse Direito e tanto da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação e resguardo das condições supra mencionadas.

Fato posto é, a ampliação e o adensamento desse debate no contemporâneo, porém, essa passagem elucidada algumas reivindicações que já estavam colocadas em pauta no século passado.

As assistentes sociais inseridas em unidades de saúde lidam, cotidianamente, com os determinantes sociais do processo saúde-doença e devem conhecer e se apropriar da

literatura que se refere ao SUS e à Reforma Sanitária Brasileira, circunstância, pois, que leva a uma articulação com o trabalho interdisciplinar, que deve ser realizado no cuidado à saúde. Segundo o CFESS (2010, p.28), a prática das assistentes sociais na política de saúde passa pela “(...)compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões.”.

Compreender as lutas sociais que levaram ao SUS, bem como, os sujeitos imbricados nesse processo, se dá de forma ímpar para desvelar as contradições que estão postas dentro de seu ambiente de trabalho e na sociedade brasileira, para, dessa forma, dar luz à sua prática profissional, de forma crítica, e compreendendo a realidade em sua processualidade, saindo do imediato, partindo para a totalidade do real. Segundo Coelho (2008, p.284), o horizonte da prática profissional requerido:

Compreende-se, com base na perspectiva de totalidade, que qualquer uma dessas perspectivas de análise coloca e (re)coloca os aspectos teórico-metodológico, ético-políticos e técnicos operativos da prática profissional orientada pela razão histórico-crítica. A busca da apreensão da totalidade é uma característica central dessa perspectiva que apreende a profissão como constitutiva das relações de produção e reprodução da sociedade capitalista.

A perspectiva adotada pelas assistentes sociais na sua prática profissional deve ser pautada por um aprofundamento e ampliação da democracia e da participação política. O caráter da prática político-pedagógica deve pautar o fortalecimento da perspectiva do direito à saúde, bem como, o controle social exercido pelos sujeitos, compreendendo, de forma intersetorialmente articulada, a Seguridade Social. Como preconizado no Código de Ética da categoria, nos seus princípios fundamentais, assim “posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade do acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática” (CFESS,1993, p.3).

Nessa linha de análise, serão abordadas as especificidades e particularidade do trabalho profissional da Equipe do Serviço Social da Cardiologia do HFSE, e as sistematizações e investigações feitas pela equipe, que se encontra em movimento, vislumbrando a captação do real e das contradições postas frente à sociabilidade capitalista.

### **O Hospital Federal dos Servidores do Estado e as suas particularidades na prática profissional na enfermagem da Cardiologia.**

O Hospital Federal dos Servidores do Estado – HFSE – faz parte da rede de hospitais federais do Rio de Janeiro, e atende os casos de média e alta complexidade do SUS, abrangendo a territorialidade do Estado do Rio de Janeiro, além de alguns pacientes de outros Estados, dado a importância do mesmo e os procedimentos nele realizados.

As assistentes sociais inseridas nessa unidade de saúde se dividem de duas formas: inserção nas enfermarias, com maior número de ocorrências do Serviço Social, e plantão interno, que atende a todo o hospital. O número de assistentes sociais para desenvolver o trabalho fica aquém do necessário, visto a amplitude do hospital e a necessidade do trabalho das assistentes sociais em diversas enfermarias, no ambulatório e nas demandas internas do hospital.

A inserção analisada neste trabalho, assim como, o perfil e as demandas mais recorrentes dos pacientes<sup>3</sup>, são da Enfermaria da Cardiologia, em que a autora e o autor do trabalho desenvolvem a intervenção profissional. Essa Enfermaria é dividida em três partes, com um total de 32 leitos: a masculina, com 14 leitos; a feminina, com 6; a UTI coronariana (Unidade de Tratamento Intensivo), com 12 leitos, mas 7 deles bloqueados e sem pacientes.

As intervenções ocorrem nas três enfermarias. Os pacientes que se encontram na UTI coronariana são, normalmente, do pós-operatório, ou com quadros mais graves, desse modo, o contato da Equipe é menor, já que eles devem ficar em repouso contínuo e nem o Serviço Social consegue fazer fichas sociais/intervenções, devido à precaução de contato ou a impossibilidade de fala. Já, os pacientes das enfermarias masculina e feminina tem maior interação com a equipe, por se tratar de curta permanência e, geralmente, estão apenas esperando cirurgia – que acontecem apenas uma vez na semana, às terças-feiras, pela falta de profissionais e de materiais necessários ao procedimento cirúrgico – e dialogam mais com a Equipe, na busca de informações, rotina hospitalar e direitos.

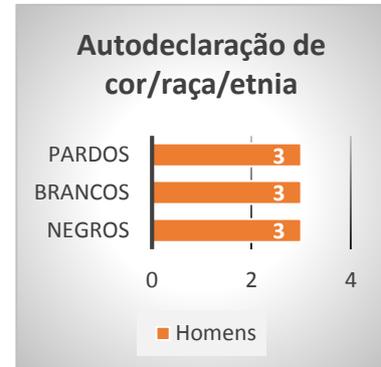
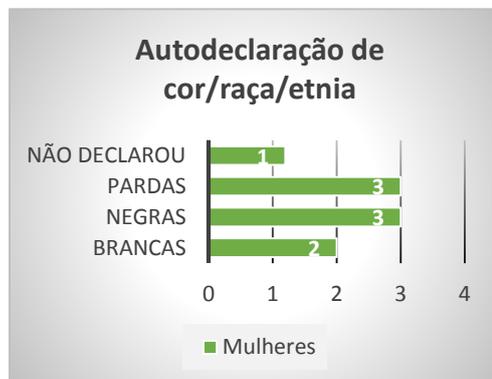
Uma análise mais aprofundada da prática da equipe sistematiza alguns critérios que são de extrema importância, para determinar a assistência/desassistência dos pacientes em seu processo de saúde-doença, assim, compilamos, para pesquisa e análise, materiais das entrevistas sociais, a fim de traçar um perfil das (os) usuárias (os) da Enfermaria da Cardiologia do HFSE. Percebe-se algumas relações de desigualdade que virão a ser estudadas ao término do período de sistematização realizada pela equipe do Serviço Social, mas que se faz importante salientar no presente trabalho. Importante frisar que o estudo e a amostragem não se esgotam aqui, mas estão em movimento permanente, a fim de captar as contradições e processos do real. Desse modo, a amostragem será continuada por mais 5 meses para análise de estratégias de intervenção.

---

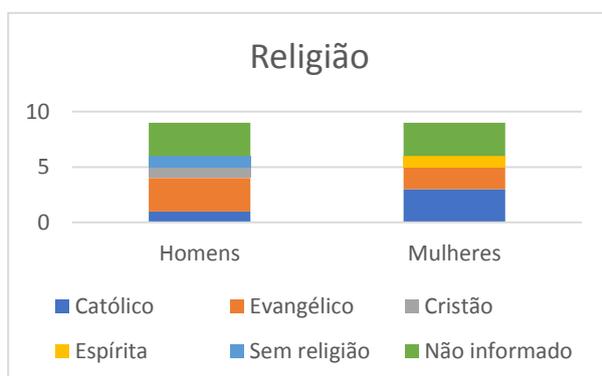
<sup>3</sup>Se conveniu chamar de paciente, acordado com a equipe multiprofissional, uma vez que a abordagem não é apenas única da Equipe do Serviço Social, mas articulada a outros profissionais. As demandas, desse modo, não são espontâneas dos pacientes para com a equipe, mas sim um trabalho sistemático e articulado para dar compreensão do processo saúde-doença que acomete os pacientes e a coletividade.

Como método de trabalho, utilizamos fichas sociais do Hospital Federal dos Servidores do Estado e objetivamos, ao final do estudo, alterar e incluir especificidades dos pacientes da enfermaria da Cardiologia nas mesmas. A análise começou no dia 18/04/2019 e foi até 17/05/2019, fechando um mês. Vale ressaltar que, como a Equipe trabalha por plantão, só se encontra dois dias no Hospital, quinta e sexta, sendo assim, há alguns pacientes que o Serviço Social não aborda, uma vez que passam de dois a três dias pelo hospital coincidindo com as folgas da Equipe.

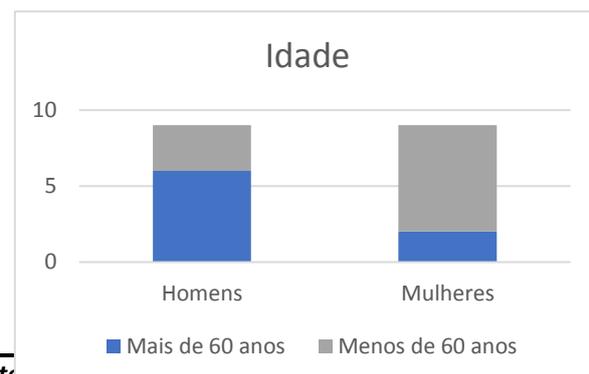
Nesse período, foram realizadas 18 fichas sociais, com pacientes das três enfermarias da Cardiologia. Não foi sistematizado, neste estudo, o retorno que a Equipe dá ao paciente, ou seja, depois de realizada as fichas sociais, alguns pacientes precisam de acompanhamento sistemático e/ou voltam a dialogar com a equipe. Foram escolhidos cinco pontos a serem salientados aqui: sexo/gênero, cor/raça/etnia, idade, religiosidade e renda/inserção no mercado de trabalho. Não propositalmente, do total dos pacientes, 9 eram homens e 9 eram mulheres. Os atendimentos eram realizados de acordo com a disponibilidade do paciente, a procura deles para com a Equipe, ou em casos mais urgentes, quando solicitado por parecer de outros profissionais. A autodeclaração de cor/raça/etnia foi deixada em aberto, cabendo ao paciente sua própria identificação, conforme gráfico abaixo:



No que tange a idade e religiosidade dos pacientes internados, é importante salientar uma forte presença de homens acima de 60 anos, o que é diferente para as mulheres, que, em sua maioria, são menores de 60, bem como a maioria de pacientes é cristã – no sentido de quem segue/professa religiões de modalidades do cristianismo. Desse modo, abaixo:



Com relação à idade, percebemos que metade

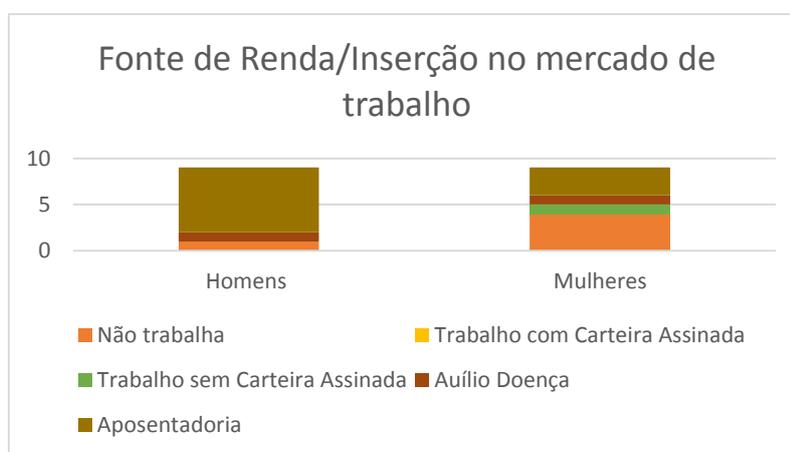


de Assistente

dos pacientes internados na enfermaria da Cardiologia é maior de 60 anos, o que significa que essa população é mais vulnerável e tem demandado, a cada dia mais, acompanhamento de saúde e políticas públicas, segundo estudo recente:

O número de pessoas com idade de 60 anos ou mais continua aumentando gradativamente. Os idosos, que em 1991 representavam 7,3% da população, em 2025 irão representar 15%<sup>1</sup>. Na realidade, a segunda metade do século XX foi salientada pelo aumento absoluto de adultos. A expectativa de vida média está aumentando regularmente e espera-se que a média de idade no ano de 2020 seja em torno de 73 anos, tanto para homens como mulheres. A manutenção da saúde dessa população vem se tornando uma tarefa importante para os médicos, no que se refere aos cuidados primários”. (ZASLAVSKY; GUS, 2002, p.636).

Quanto à fonte de renda/ inserção no mercado de trabalho, o gráfico abaixo expressa:



Há de se frisar que esse é um ponto importante e determinante do processo saúde-doença. As mulheres, a exemplo, são as que menos tem ocupação, ou emprego no mercado de trabalho formal. Muitas alegam desconhecimento da previdência social, reiterando sua ocupação que sempre foi ser “dona de casa” e que o marido provia as condições necessárias para o sustento da família. Isso se dá entre as mulheres mais velhas, com perfil acima de 60 anos. Além disso, quem mais recebe aposentadoria são homens. A maioria das (os) entrevistadas (os) não estão inseridas (os) no mercado de trabalho. Muitas mulheres, que não estão no mercado de trabalho e com mais de 60 anos, não tem direito ao BPC, devido à renda familiar do cônjuge.

O quadro de acompanhamento dos pacientes nos CRAS/CREAS é heterogêneo. Enquanto alguns conhecem, outros não. É percebido um desconhecimento quando se refere ao nome, mas sabem seu significado devido às políticas que ele operacionaliza. No mesmo sentido, há desconhecimento quando usuários são orientados para o CAPs – Centro de atenção Psicossocial.

Dada a ociosidade dos pacientes e sua aflição por permanecerem nesse ambiente hospitalar, a equipe do Serviço Social articulou um grupo com os pacientes e com os acompanhantes, para que eles possam interagir entre si e que as demandas apresentadas por eles não sejam apenas “problemas individuais”, porém, pensadas de uma maneira coletiva, enxergando os problemas não de forma fragmentada, mas que afeta o todo, com suas particularidades. Assim, a proposta não é apenas um diálogo, mas um espaço que abra reflexões sobre o processo saúde-doença e seus determinantes sociais, as condições de vida e as formas de organização da vida política para fortalecer o SUS e a perspectiva de direitos dos usuários, fomentando a participação e o controle social.

Diante ao exposto, as maiores dificuldades das (os) pacientes da enfermagem da Cardiologia, como verificado pela equipe do Serviço Social, a partir das fichas sociais e grupos de pacientes e acompanhantes, são no acesso dos benefícios como o BPC – Benefício de Prestação Continuada – que agrega a burocracia para dar entrada no benefício, quanto à elegibilidade que alguns peritos afirmam que os requerentes não têm, o que leva à judicialização, em muitos casos; na atenção básica à saúde, uma vez que a maioria não faz acompanhamento sistemático e afirma que a atenção básica de sua região está em condições precárias; no acesso ao benefício previdenciário, que encontram barreiras burocráticas e não sabem como agendar ou como lidar diante da empresa, e, em outra ponta, os que não estão segurados pelo INSS, pois pagaram durante alguns anos, mas deixaram de contribuir devido a vários fatores e, um dos mais presentes, a informalidade. Com referência ao mercado de trabalho, em sua maioria, são trabalhadores intermitentes – que hora ou outra conseguem ocupação no mercado de trabalho formal – e informais, em sua maioria.

A partir dessa análise, levantamos alguns questionamentos, que não são de análise e resposta imediata, mas que interferem e se demonstram extremamente importantes para entender o processo saúde-doença, sendo eles: A relação desigual entre mulheres e homens no acesso à saúde, quando se refere a idade. Por que tem mais presença de mulheres mais novas e homens mais velhos, nesse sentido, as mulheres se cuidam mais quando novas? Os homens, em geral, só acessam a saúde quando são casos sistematicamente mais graves? Qual é a relação dessa desigualdade em relação à idade e que está ligada ao gênero? Por que há menos pessoas brancas no SUS, como verificado (o número de homens e mulheres brancos foi de 5), enquanto o de pardas/pardos e negras/negros foi de 12 e como isso se articula com as relações raciais na sociedade brasileira contemporânea? Como é visto o processo de saúde-doença para os pacientes religiosos?

A implementação e a ação do trabalho de equipe não se dão de maneira simples e sem tensionamentos, ora pois colide com as condições materiais para a realização desse grupo, assim a falta de infraestrutura, material, pessoal e disponibilidade são barreiras que se apresentam nas intervenções feitas pelo Serviço Social. A compreensão dela não se dá de forma individualizada, mas entende-se que posta à realidade atual, para a completude do trabalho de assistência ao processo saúde-doença e está dada de forma precária em todo o sistema de saúde, não só no HFSE, e nas políticas sociais, como um todo.

A prática profissional da equipe do Serviço Social da Cardiologia se pauta em princípios expostos nas orientações profissionais da categoria,. Podemos salienta um importante princípio das políticas sociais que são articulados nas intervenções de Equipe no HFSE, a importância da intersetorialidade, fortalecendo ações que articulem as políticas da seguridade social e os direitos sociais, superando a fragmentação (CFESS,2010).

Uma grande barreira é o horizonte de seletividade e fragmentação das políticas sociais, o que se dá com critérios rigorosos para a população acessar esses direitos, enfatizando a pobreza extrema, desconsiderando o quadro de carência extrema e as particularidades da sociedade brasileira. Assim, em épocas de Contrarreforma e ofensiva neoliberal o que temos de tendência para a política social é:

- Focalização das prestações sociais, sobretudo prestações assistenciais familiares, que passaram a ser dirigidas exclusivamente para as famílias de baixa renda sob o argumento de maior redistribuição e “justiça social”; o que, na verdade, constituiu uma estratégia para redução de despesas. (...)
- Introdução, no setor público, de métodos de gestão do setor privado a fim de controlar o volume de despesas e, sobretudo, atribuição de orçamento anual limitado com delegação de responsabilidade e autonomia financeira às próprias instituições públicas que devem buscar recursos próprios, como escolas, universidades e hospitais.
- Transferência de atividades públicas de proteção social para as famílias e a sociedade civil, o que provoca o crescimento constante de atribuições e responsabilidade das famílias e de associações, em nome da participação e solidariedade familiar e comunitária. (...). (BOSCHETTI, 2016, p.124-125)

Para concluir a análise feita, compreendendo que ela não se encerra aqui e está em constante movimento nas relações sociais, serão abordadas as perspectivas para a prática profissional das assistentes sociais e suas potencialidades no SUS, frente à retirada dos direitos sociais e os avanços do capital ao trabalho.

### **Contra Reforma, Ataques à saúde e à seguridade social e às perspectivas para as práticas profissionais das Assistentes sociais**

As Contrarreformas do Estado brasileiro e a ofensiva neoliberal do capital ao trabalho, sofridas a partir de 1990, estão longe de ser episódicas e se mostram gradativamente mais intensa. É decerto que o desemprego estrutural se aguça e toma proporções imensuráveis. Segundo Mészáros (2006, p.31), “(...) atingimos uma fase do

desenvolvimento histórico do sistema capitalista em que o desemprego é uma característica dominante. (...)”. Dessa maneira, as relações de trabalho constituem-se pela sua flexibilização e precarização, além da grande expulsão de trabalhadoras (es) do mercado de trabalho formal. Segundo Antunes (2006, p.25):

(...) em plena a era da informatização do trabalho, do mundo maquinal da era da acumulação digital, estamos presenciando a época da informalização do trabalho, caracterizada pela ampliação dos terceirizados, pela expansão dos assalariados do *call center*, subcontratados, flexibilizados trabalhadores em tempo parcial, teletrabalhadores, pelo *ciberproletariado*, o proletariado que trabalha com a informática e vivencia outra pragmática, moldada pela desrealização, pela vivência da precarização(...).

Essa precarização do trabalho afeta, de mesmo modo, as assistentes sociais inseridas na política de saúde e em diferentes espaços sócio-ocupacionais. A assistente social, sendo ela parte da classe trabalhadora, se encontra com condições precárias de trabalho e ao mesmo tempo lida com a precarização dos usuários que chegam até ela, bem como, das políticas sociais e com as contradições da sociabilidade capitalista.

O modelo de saúde levado a cabo desde os anos 90, é o privatista, desresponsabilizando o Estado, e colocando a saúde como uma mercadoria, tendo direito quem possa pagá-la, desse modo:

O projeto de saúde articulado ao mercado ou à reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na Política de Ajuste, que tem como principais tendências: a contenção de gastos com racionalização da oferta e descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis por meio do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. (CFESS, 2010, p.22)

Frente a isso, a prática profissional da equipe do Serviço Social da Cardiologia do HFSE – de mesmo modo, a prática profissional das assistentes sociais, quanto categoria – se encontra fragilizada e com reduzidas políticas sociais para operacionalização, visto à crescente precarização e esfacelamento das políticas sociais da Seguridade Social e o número crescente de usuários que não acompanha a ampliação das políticas públicas.

Tal desmonte das políticas sociais impacta, tanto na prática profissional das assistentes social, quanto na integralidade da saúde prevista nos princípios do SUS, posto que, sem acesso às demais políticas públicas e sociais que garantam seus direitos sociais, as (os) usuárias (os) não conseguem atingir a dimensão biopsicossocial que compõe o conceito ampliado da saúde, bem como, outras questões, que asseguram sua qualidade de vida digna, como alimentação, habitação, educação, cultura, lazer, saneamento básico.

Isso posto, fortalecer a perspectiva de direitos e a articulação dos usuários no controle, fiscalização e cobrança da gestão das políticas sociais, é uma forma de tensionamento na correlação de forças. Desenvolver junto com os usuários a prática político-pedagógica que o trabalho das assistentes sociais tem, é um importante caminho a ser percorrido para o fortalecimento do SUS e dos direitos sociais. Perfazendo caminhos de resistência frente ao desmantelamento da saúde, não apenas resistindo, mas fortalecendo a perspectiva de direitos e buscando a ampliação deles. Nesse sentido, a perspectiva de Seguridade Social defendida pelas assistentes sociais se apresenta em algumas orientações cristalizadas na “Carta de Maceió”, como:

1. Manter uma posição firme contra a perspectiva da focalização, denunciando publicamente propostas restritivas do acesso aos direitos constituídos; (...) 3. Interferir na definição dos orçamentos, junto aos demais atores da sociedade civil com compromissos democráticos, no sentido de assegurar recursos para a seguridade social e que tais recursos sejam de uso exclusivo da mesma; 4. Superar a fragmentação engendrada à revelia do princípio constitucional da seguridade social, a partir de sua tematização por meio dos eixos da gestão, controle social e financiamento e de propostas no sentido da articulação das três políticas; 5. Apontar para um conceito mais amplo de seguridade social, que incorpore outras políticas sociais, constituindo um verdadeiro padrão de proteção social no Brasil; (...) 7. Desenvolver um trabalho profissional que fortaleça junto aos usuários a noção de direito social, e a possibilidade da ação coletiva dos mesmos em sua defesa. (CFESS, 2000, p.2-3)

Assim, o trabalho aqui exposto, que aborda sobre as práticas profissionais da Equipe do Serviço Social da enfermagem da Cardiologia do HFSE, não está finalizado, e se demonstra em movimento, para captar as contradições inerentes postas à sociabilidade burguesa, que produzem e reproduzem agravos ao processo de saúde-doença. A continuidade se dará perfazendo uma amostra ampliada de 6 meses, para análise ampla dos determinantes sociais do processo saúde-doença, visando um projeto de intervenção direcionado com grupos temáticos, na perspectiva de fortalecimento do direito à saúde. Fomentando a participação dos sujeitos no SUS, bem como, sua autonomia no processo de adoecimento. Constituindo e fortalecendo os usuários em suas especificidades, como a importância da participação e controle no fortalecimento dos direitos sociais perante a ofensiva neoliberal.

## **Referências**

ANTUNES, Ricardo. **O continente do Labor**. São Paulo: Boitempo, 2011.

ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006.

BEHRING, Elaine Rosseti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e História**. 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência Social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social Pública ainda é possível! **Revista Inscrita**, Brasília, nº10, CFESS, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a emenda Constitucional nº 95., de 15 de dezembro de 2016. 54.ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social. Lei nº 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 9.ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2011.

BRASIL. Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19.set.1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28.dez.1990.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

CEBES. A questão democrática na área da Saúde. **Saúde em Debate**, n.9, p.11-13, jan.-mar. 1980.

COELHO, Marilene Aparecida. **A imediatividade na prática do assistente social**. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação das assistentes sociais na política de saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, nº2, Brasília: CFESS, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. **A reforma Sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

ZASLAVSKY, Cláudio; GUS, ISEU. Idoso: Doença Cardíaca e Comorbidades. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo,

v.79, n.6, p. 635-639, Dec. 2002. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/abc/v79n6/13766.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2019.