



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**



MARIA DAS GRAÇAS LINS SALES

**ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JÚLIO BANDEIRA**

SOUSA – PB

2024

MARIA DAS GRAÇAS LINS SALES

**ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JÚLIO BANDEIRA**

Monografia apresentada como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Campina Grande.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Maria Clariça Ribeiro Guimarães.

SOUSA – PB


2024

MARIA DAS GRAÇAS LINS SALES


**ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JÚLIO BANDEIRA**

Aprovada em 02 / Maio / 2024


BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **MARIA CLARICA RIBEIRO GUIMARAES**
Data: 13/05/2024 15:22:44-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a. Dra. Maria Clariça Ribeiro Guimarães
Orientadora

Documento assinado digitalmente
 **MARIA DA CONCEICAO SILVA FELIX**
Data: 13/05/2024 22:02:33-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a. Dra. Maria da Conceição Silva Félix
Examinadora

Documento assinado digitalmente
 **JULIANA E SILVA DE OLIVEIRA**
Data: 15/05/2024 08:30:38-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a. Dra. Juliana e Silva de Oliveira
Examinadora

S163a

Sales, Maria das Graças Lins.

Atuação profissional do Assistente Social no Hospital Universitário Júlio
Bandeira-Cajazeiras/PB / Maria das Graças Lins Sales – 2024.

59 p.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Maria Clariça Ribeiro Guimarães.

Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de
Campina Grande, Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, Unidade Acadêmica de
Direito, Curso de Serviço Social. Sousa/PB, 2024.

1. Assistente Social. 2. Saúde pública. 3. Políticas de saúde. 4. Serviço
Social. I. Guimarães, Maria Clariça Ribeiro. (Orient.). II. Universidade Federal de
Campina Grande – Curso de Serviço Social. III. Título.

CDU: 364.442:61

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Marilucia Antonia de Sousa – CRB 3/1651

“A Ele, toda honra e toda glória, é Dele a vitória alcançada em minha vida”.

Dedico este trabalho a todas as pessoas que estiveram ao meu lado durante esta jornada acadêmica, apoiando-me e incentivando-me a alcançar meus objetivos. Em especial, gostaria de expressar minha profunda gratidão à minha família, que sempre esteve presente, oferecendo seu amor incondicional e suporte inabalável.

Por último, mas não menos importante, dedico este trabalho a mim mesma, por nunca desistir, por persistir diante dos desafios e por buscar incessantemente o conhecimento. Que este seja apenas o início de uma jornada repleta de aprendizado e realizações.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, por guiar meus passos ao longo desta jornada acadêmica e por me conceder força e sabedoria para enfrentar os desafios que surgiram no caminho.

À memória dos meus pais, cujo amor, apoio e exemplo de dedicação aos estudos sempre foram minha inspiração. Seu legado vive em mim e em cada conquista alcançada.

Expresso minha gratidão aos meus familiares, ao meu esposo Sales, ao meu filho Vítor e à minha filha, Vitória, que sempre estiveram ao meu lado, oferecendo encorajamento, compreensão e suporte emocional durante todo o percurso acadêmico. Suas palavras de incentivo foram fundamentais para minha perseverança.

Aos meus amados irmãos e irmãs, sua presença constante e palavras de encorajamento foram como um bálsamo para as adversidades que enfrentei. Sua fé em mim foi o combustível que me impulsionou até o fim.

Aos meus queridos sobrinhos, obrigada por trazerem alegria e leveza aos meus dias de estudo intensivo. Suas risadas contagiantes e abraços calorosos foram um lembrete constante do que realmente importa na vida, e por isso sou imensamente grata.

Não posso deixar de mencionar minha orientadora, Clariça, os professores: Conceição, Juliana, Reginaldo, Franciele, Angélica e demais professores, cuja orientação e conhecimento foram fundamentais para minha formação acadêmica e para a realização deste trabalho. Suas orientações, críticas construtivas e incentivo foram essenciais para o meu crescimento pessoal e profissional.

Gostaria de expressar minha mais profunda gratidão aos assistentes sociais, Wagner, Vilma, Patrícia, Rita, Sandra e Tânia pela incrível acolhida e apoio que recebi durante o período do meu estágio supervisionado. Desde o primeiro dia em que pisei no HUJB, fui recebida com calor humano e profissionalismo exemplar, que deixaram uma marca indelével em minha jornada acadêmica e pessoal.

Aos meus colegas de curso, em especial, Daiane, Talisson, Fernanda, Ana Valéria, Xaiany, Aparecida, Daniela e as demais companheiras da turma, compartilho um profundo agradecimento. Nossa jornada foi repleta de aprendizado, colaboração e amizade. Cada troca de experiências e cada desafio superado

fortaleceram nosso vínculo e contribuíram para o nosso crescimento individual e coletivo.

E às diversas turmas pelas quais passei na universidade, quer seja como discente ou monitora, quero expressar minha gratidão pelo ambiente de aprendizado colaborativo, pelo apoio mútuo e pela troca de conhecimentos e experiências enriquecedoras. Cada interação e cada desafio compartilhado moldaram minha trajetória acadêmica de maneiras que jamais esquecerei.

A todos vocês, meu mais sincero e profundo obrigada. Seu apoio, amizade e compreensão foram fundamentais para que eu alcançasse este marco em minha vida acadêmica. Que nossos laços de amizade e companheirismo permaneçam fortes, mesmo após esta etapa da jornada.

Ao meu amigo, Paulo Francelino, que sempre me ofereceu carona, muitas vezes sacrificando seu próprio tempo e conforto para garantir que eu chegasse às aulas e compromissos acadêmicos. Sua generosidade e apoio foram inestimáveis e me ajudaram a superar muitos obstáculos ao longo do caminho.

Ao condutor da van escolar, o sr. Magal, cuja compreensão e empatia diante da minha situação financeira foram verdadeiramente tocantes. Sou imensamente grata por sua bondade e solidariedade.

À minha querida amiga, Silvinha, que doou os livros mais importantes do curso de Serviço Social, fornecendo recursos essenciais para minha formação. Sua generosidade e amizade foram fundamentais para o meu crescimento acadêmico e pessoal.

Em especial, agradeço a Francisco e a Girlene, cuja dedicação e disponibilidade foram fundamentais para atender às minhas demandas e orientar-me ao longo deste processo desafiador. Suas orientações perspicazes e incentivo constante foram essenciais para que eu pudesse alcançar meus objetivos acadêmicos.

Além disso, gostaria de expressar minha gratidão a todos os profissionais que compõem a coordenação do curso, cujo comprometimento e expertise contribuíram significativamente para a qualidade da minha formação acadêmica.

Por fim, não posso deixar de expressar minha gratidão aos meus amigos em geral, que estiveram presentes em todos os momentos, oferecendo apoio moral, momentos de descontração e uma rede de suporte valiosa. Seu carinho e amizade tornaram essa jornada mais leve e significativa.

A todos os mencionados, e a tantos outros que de alguma forma contribuíram para esta conquista, meu mais sincero obrigada. Este trabalho não seria possível sem o apoio e o amor de cada um de vocês.

RESUMO

Compreendemos que o assistente social no contexto hospitalar cumpre um papel fundamental na promoção do direito social à saúde e na garantia de assistência de qualidade aos usuários. Neste contexto, os hospitais universitários representam um espaço de desafios e de oportunidades para esses profissionais. Desse modo, se torna importante analisar as múltiplas facetas da atuação dos assistentes sociais, com foco na identificação de suas atividades e intervenções, bem como dos desafios que enfrentam nesse ambiente complexo. Objetivamos, portanto, descrever as atividades e as demandas postas aos assistentes sociais em um hospital universitário da região paraibana. Trata-se, então, de uma pesquisa de abordagem qualitativa e de cunho exploratório, que recorre à pesquisa documental como aporte metodológico. A coleta de dados foi conduzida por meio do uso de registros em diário de campo, relatórios dos estágios supervisionados e pesquisa bibliográfica, com base em autores como Yamamoto, Behring e Boschetti, Bravo, Paixão, Netto, Alaszewski, Gil, entre outros, para embasar a análise das práticas e desafios enfrentados pelos assistentes sociais no campo das políticas de saúde. No que concerne ao tratamento dos dados, as informações coletadas foram transcritas e expostas utilizando o diário de campo, por se tratar de um instrumento de coleta de dados que contém informações e relatos de experiências nas quais o pesquisador foi espectador. Os achados consistiram em: (1) observarmos os desafios impostos pelo neoliberalismo e suas contrarreformas, que tem suscitado impactos diretos na implementação do SUS e, por conseguinte, na prestação de serviços de saúde de qualidade à população. Ainda, notamos a significância que os hospitais universitários enquanto instrumentos basilares na formação profissional, na pesquisa e na assistência à saúde, desempenhando um papel fundamental na garantia do acesso universal e integral à saúde; e (2) identificarmos os impasses e demandas específicas enfrentados por esses profissionais, que vão desde a complexidade dos casos atendidos até as limitações estruturais e de recursos, de modo que buscamos reconhecer que o profissional do serviço social exerce uma função crucial na articulação entre os diferentes setores e profissionais de saúde, na promoção da equidade e na garantia dos direitos dos usuários no âmbito hospitalar. Nesse sentido, este estudo busca contribuir para a ampliação do debate sobre o papel do assistente social no contexto hospitalar e para o aprimoramento das políticas de saúde no Brasil, sempre pautado pela defesa da dignidade humana e pela promoção da justiça social.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Políticas de Saúde. Contexto Hospitalar. Serviço Social.

ABSTRACT

We understand that social workers in the hospital context play a fundamental role in promoting the social right to health and ensuring quality care for users. In this context, university hospitals represent a space of challenges and opportunities for these professionals. Therefore, it becomes important to analyze the multiple facets of social workers' work, focusing on identifying their activities and interventions, as well as the challenges they face in this complex environment. We therefore aim to describe the activities and demands placed on social workers in a university hospital in the Paraíba region. This is, therefore, research with a qualitative and exploratory approach, which uses documentary research as a methodological contribution. Data collection was conducted through the use of field diary records, supervised internship reports and bibliographic research, based on authors such as Yamamoto, Behring and Boschetti, Bravo, Paixão, Netto, Alaszewski, Gil, among others, to support the analysis of practices and challenges faced by social workers in the field of health policies. Regarding data processing, the information collected was transcribed and exposed using the field diary, as it is a data collection instrument that contains information and reports of experiences in which the researcher was a spectator. The findings consisted of: (1) observing the challenges imposed by neoliberalism and its counter-reforms, which have had direct impacts on the implementation of the SUS and, consequently, on the provision of quality health services to the population. Furthermore, we note the significance of university hospitals as basic instruments in professional training, research and health care, playing a fundamental role in guaranteeing universal and comprehensive access to health; and (2) identify the specific impasses and demands faced by these professionals, ranging from the complexity of the cases attended to structural and resource limitations, so that we seek to recognize that the social service professional plays a crucial role in the articulation between different sectors and health professionals, promoting equity and guaranteeing the rights of users in the hospital environment. In this sense, this study seeks to contribute to expanding the debate on the role of social workers in the hospital context and to improving health policies in Brazil, always guided by the defense of human dignity and the promotion of social justice.

Keywords: Unified Health System. Health Policies. Hospital Context. Social Service.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABESS/CEDEPSS – Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social
AGHU – Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
AIS – Ações Integradas de Saúde
CEBES – Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HUFs – Hospitais Universitários Federais
FUNRURAL – Fundo dos Trabalhadores Rurais
HIC – Hospital Infantil de Cajazeiras
HUJB – Hospital Universitário Júlio Bandeira.
IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensões
IJB - Instituto Materno Infantil Dr. Júlio M^a Bandeira de Mello
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LOS – Lei Orgânica de Saúde
NOAS – Normas Operacionais de Assistência a Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PB – Paraíba
PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRORURAL – Previdência Social aos Trabalhadores Rurais
PROS – Programa e Orçamento da Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
SAI/SUS – Sistema de Informais Ambulatoriais do SUS
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UCA – Unidade da Criança e do Adolescente
UCA – Unidade de Cobertura Ambulatorial
UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 O DEBATE SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	16
2.1 A LUTA HISTÓRICA DE CONSTRUÇÃO DO SUS	16
2.2 O NEOLIBERALISMO E A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE ...	33
2.3 ATENÇÃO À SAÚDE NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS.....	36
3 COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: DESAFIOS E DEMANDAS ESPECÍFICAS DO TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS.....	39
3.1 O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE	39
3.2 COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	43
3.3 DEMANDAS E DESAFIOS POSTOS AO TRABALHO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NO ÂMBITO HOSPITALAR	47
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	55

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho se constitui como exigência do curso de graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. A realização deste estudo é fruto das experiências vivenciadas enquanto estagiária, durante os Estágios Supervisionados I e II, realizados no Hospital Universitário Júlio Bandeira – HUJB, localizado na cidade de Cajazeiras – PB.

Sendo assim, compreendi que o assistente social no contexto hospitalar desempenha um papel fundamental na promoção do direito social à saúde e na garantia de assistência de qualidade aos usuários. Neste contexto, o HUJB representa um espaço de desafios e oportunidades para esses profissionais. Este trabalho se propõe a analisar e descrever as múltiplas facetas da atuação dos assistentes sociais, com foco na identificação de suas atividades e intervenções, bem como na investigação dos desafios que enfrentam nesse ambiente complexo.

Além disso, busca-se compreender de que maneira a atuação desses profissionais pode contribuir para a concretização do direito social à saúde, alinhando-se com as diretrizes do SUS. Assim, esta pesquisa tem como objetivo geral descrever sobre as atividades e demandas postas aos assistentes sociais no HUJB, enquanto os objetivos específicos se concentram na identificação das atividades e intervenções realizadas; destacando os desafios enfrentados; e na investigação do potencial dessa atuação para a efetivação do direito social à saúde ao usuário, materializando as diretrizes do SUS.

Os profissionais do Serviço Social desempenham um papel fundamental na promoção da saúde e na garantia do acesso aos direitos sociais dos pacientes atendidos pela instituição. Essa pesquisa visa investigar as atribuições, competências e desafios enfrentados pelos assistentes sociais no contexto específico do HUJB, com o intuito de compreender melhor o impacto de seu trabalho e identificar possíveis áreas de melhoria. Assim, ao investigar essas questões, a pesquisa busca contribuir para o aprimoramento do trabalho dos assistentes sociais e para o fortalecimento dos serviços sociais oferecidos pelo hospital.

A atuação profissional do Assistente Social no contexto hospitalar é de suma importância para garantir a qualidade da assistência aos pacientes e suas famílias. No entanto, existem desafios específicos que esses profissionais enfrentam nesse ambiente que ainda não foram adequadamente explorados. Compreender esses

desafios é fundamental para melhorar a qualidade dos serviços prestados e desenvolver estratégias eficazes de apoio ao trabalho dos assistentes sociais. Esta pesquisa busca preencher essa lacuna de conhecimento ao investigar os desafios enfrentados pelos assistentes sociais no âmbito hospitalar, visando contribuir para aprimorar sua atuação profissional e, conseqüentemente, melhorar o cuidado oferecido aos pacientes e suas famílias.

A prática do Serviço Social constitui-se como uma ocupação liberal de elevado nível acadêmico, estabelecida por meio da Lei 8.662, datada de 7 de junho de 1993, cuja atividade requer a obrigatoriedade de registro no Conselho Regional de Serviço Social – CRESS para sua efetivação profissional (MAIA; CANUTO, 2018).

O assistente social desempenha suas ações embasado nessa legislação, bem como no Código de Ética Profissional e nas Diretrizes Curriculares estipuladas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa do Serviço Social (ABEPSS). Portanto uma formação intelectual e cultural de natureza generalista e crítica, o profissional utiliza conhecimentos adquiridos nas Ciências Humanas para a análise e intervenção na complexa realidade social (MAIA; CANUTO, 2018).

Integrado em âmbitos hospitalares no Brasil desde 1945, o Serviço Social adquiriu reconhecimento como uma ocupação de elevado nível acadêmico no campo da saúde em 06/03/1997, por meio da Resolução nº 218 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), conferindo, assim, validade à sua atuação profissional nesta área (MAIA; CANUTO, 2018).

Neste sentido, o assistente social fornece orientação aos usuários acerca de seus direitos e executa encaminhamentos que exigem a articulação com outras políticas sociais, especialmente as relacionadas à previdência e à assistência social. Essa interação entre as políticas sociais, conhecida como intersetorialidade, constitui uma estratégia para efetivar os direitos sociais e, sobretudo, garantir a integralidade da atenção à saúde em um sentido expandido, podendo ser identificada como integralidade ampliada (COSTA, 2018).

Hoje, uma atuação eficiente e reflexiva do Serviço Social na esfera da saúde implica em estar conectado e em sintonia com o movimento dos trabalhadores e usuários que lutam pela plena concretização do SUS. Além disso, envolve facilitar o acesso universal de todos os usuários aos serviços de saúde da instituição, adotando uma abordagem comprometida e inovadora que não se submeta à

implementação de mudanças propostas pelos governos, as quais descaracterizam a essência original do SUS como um direito (CFESS, 2010).

Também é essencial buscar construir e/ou efetivar, em colaboração com outros profissionais de saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores da saúde nas decisões a serem tomadas. Isso inclui elaborar e participar de iniciativas de educação continuada, buscar apoio técnico e sistematizar o trabalho realizado (CFESS, 2010).

Ademais, é fundamental fornecer assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos, com o objetivo de ampliar a participação dos sujeitos sociais no processo de democratização das políticas sociais. Isso contribui para ampliar os canais de envolvimento da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando aprofundar os direitos já conquistados (CFESS, 2010).

São diversos os fatores que afetam o trabalho do assistente social, desde a conjuntura social, política e econômica até o poder institucional e o posicionamento ético do profissional. À vista disso, na área da saúde e em outras áreas, o Serviço Social enfrenta desafios que levam a questionar as atuais tendências da profissão, como ações emergenciais e burocráticas, seleção socioeconômica, aconselhamento, racionalização dos gastos e apassivamento dos usuários. Essas tendências podem exigir uma reflexão sobre as técnicas utilizadas e os limites a serem estabelecidos, a fim de evitar uma fragmentação irreversível da prática do Serviço Social (BARRETO, 2019) e preservar a direção social dessa profissão.

Por outro lado, é possível supor que os assistentes sociais enfrentam desafios no contexto hospitalar, incluindo a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos adequados, a diversidade de demandas dos pacientes, as questões éticas complexas e a necessidade de equilibrar a atenção individualizada aos pacientes com as restrições e protocolos institucionais, afetando a efetividade de sua atuação profissional no ambiente hospitalar. Sendo assim, questionamo-nos: quais são os principais desafios enfrentados pelos assistentes sociais em sua atuação profissional no âmbito hospitalar?

Portanto, a presente pesquisa tem como objetivo descrever a atuação dos assistentes sociais no HUJB, localizado na cidade de Cajazeiras – PB. A escolha desse tema se justifica pela importância de compreender e investigar o trabalho desses profissionais no âmbito hospitalar.

A relevância do presente trabalho não apenas aborda uma questão pertinente no campo do Serviço Social, mas também tem o potencial de gerar impactos significativos nas esferas acadêmica, social e profissional. Ao conduzir uma análise da atuação do assistente social no HUJB, irei contribuir para a compreensão e aprimoramento dessa prática profissional específica, beneficiando a comunidade, os profissionais envolvidos e a sociedade.

No contexto específico do HUJB, o papel do assistente social na área acadêmica ganha uma dimensão ainda mais crucial, uma vez que a instituição combina as demandas da saúde com as atividades acadêmicas. Nesse viés, minha pesquisa pode contribuir para a construção do conhecimento na área do Serviço Social, particularmente no âmbito hospitalar, pois ao analisar essa atuação, é possível identificar lacunas no conhecimento e sugerir novas perspectivas teóricas e práticas. Dessa forma, pode promover a integração de saberes adquiridos ao longo do curso, fortalecendo a perspectiva de unidade teoria-prática via articulação de conteúdos aprendidos em sala de aula e apreensão da realidade profissional. Portanto, a relevância dessa pesquisa para área acadêmica é multifacetada, pois aborda o conhecimento teórico/prático às complexidades únicas de um ambiente que combina cuidados de saúde e educação, contribuindo para uma formação mais abrangente e sensível às necessidades dos pacientes e da comunidade acadêmica.

A atuação do assistente social no HUJB desempenha um papel crucial na área social, pois lida diretamente com as demandas e desafios sociais enfrentados por pacientes e suas famílias no contexto de cuidados de saúde. Dessa forma, minha pesquisa pode identificar como o assistente social contribui para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos usuários do hospital. Por outro lado, essas observações podem aumentar a conscientização sobre a importância desse profissional na promoção da justiça social, da equidade e no acesso aos serviços de saúde.

No contexto hospitalar, o papel do assistente social é de extrema relevância para a área profissional, impactando diretamente não apenas a dinâmica interna da instituição, mas também o desenvolvimento e o bem-estar dos profissionais envolvidos. Sendo assim, a relevância da minha pesquisa nessa área, poderá fornecer alguns esclarecimentos para os profissionais da área que atuam ou planejam atuar em ambientes hospitalares, podendo identificar boas práticas, desafios e oportunidades de melhoria, podendo contribuir para a otimização dos

serviços prestados por esses profissionais. Ademais, minha pesquisa pode servir como base para o desenvolvimento ou aprimoramento de políticas públicas relacionadas à presença e atuação do assistente social em hospitais. Isso pode impactar positivamente a formação de políticas voltadas para o campo da saúde.

Em resumo, essa pesquisa não apenas aborda uma questão relevante no campo do Serviço Social, mas também tem o potencial de gerar impactos significativos nas esferas acadêmica, social e profissional. Ao conduzir uma análise abrangente da atuação do assistente social no HUJB, contribuirei para a compreensão e aprimoramento dessa prática profissional específica, beneficiando a comunidade e os profissionais envolvidos.

A metodologia é de cunho exploratório, com uma linha de abordagem que possibilita fazer uma análise das ações e interpretações dos assistentes sociais, por apresentarem condições de discorrer sobre o tema debatido nesse trabalho. Ela oferece um conjunto de técnicas e diretrizes para analisar o conteúdo textual, tornando-se uma ferramenta valiosa para pesquisadores que desejam explorar e compreender o significado de dados textuais em suas investigações. Assim, essa análise ajudará a compreender a atuação profissional do assistente social no contexto hospitalar, através de observações dos materiais coletados durante os Estágios Supervisionados I e II, no HUJB.

A coleta de dados foi conduzida por meio de pesquisa documental e bibliográfica, explorando atividades, intervenções, desafios e ocorrências dos assistentes sociais, utilizando registros do diário de campo, relatórios dos estágios supervisionados, pesquisa documental, observação sistemática, pesquisa bibliográfica referentes ao serviço social na saúde e demais temáticas dessa pesquisa. Neste sentido, fazemos uso do diário de campo, que pode ser definido como um instrumento criado pelo pesquisador para manter registro regular e pessoal de fatos e/ou eventos. Dessa forma, deve-se estabelecer critérios de entradas datadas quando ocorrerem, realizadas pelo pesquisador referente aquilo que considera relevante e importante para o *corpus* de análise da pesquisa (ALASZEWSKI, 2006).

Para Gil (2017), a pesquisa documental apresenta algumas vantagens por ser fonte rica e estável de dados, ou seja, não implica em altos custos, não exige contato com os sujeitos da pesquisa e possibilita uma leitura aprofundada das fontes. O conteúdo em questão encontra-se presente no debate da literatura

profissional, a exemplo dos autores Yolanda Guerra, Ana Elizabeth Mota, Behring e Boschetti e José Paulo Netto, como também nos artigos da Constituição Federal, entre outros.

Para melhor organizar os resultados obtidos, a estrutura desse trabalho é composta por dois capítulos: o primeiro capítulo trata-se do debate sobre a política de saúde no Brasil; a luta histórica de construção do SUS; o neoliberalismo e contrarreforma na política de saúde; e sobre a atenção à saúde no contexto dos Hospitais Universitários Federais.

No segundo capítulo pontuamos algumas considerações sobre o papel e funções dos assistentes sociais no contexto hospitalar; os desafios e demandas específicas do trabalho dos assistentes sociais no âmbito hospitalar e sobre o Serviço Social na Política de Saúde.

O estudo ofereceu benefícios potenciais, incluindo a contribuição para o conhecimento sobre a atuação do assistente social no contexto hospitalar e a melhoria dos serviços prestados aos pacientes. Assim, a metodologia adotada visa assegurar a validade e a ética da pesquisa, proporcionando uma compreensão da realidade investigada. Por fim, situamos as considerações finais, fazendo uma análise geral da pesquisa, a qual me permitiu identificar e descrever sobre a atuação do assistente social no contexto hospitalar e sua importância na concretização da política de saúde nos Hospitais Universitários Federais.

2 O DEBATE SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

O debate em torno da política de saúde no Brasil é um reflexo da constante busca por melhorias em um dos pilares fundamentais do bem-estar social. Ao longo dos anos, este debate tem sido marcado por uma série de desafios, incluindo questões de financiamento, gestão, acesso aos serviços e equidade no sistema de saúde. A luta pela eficiência do SUS, ao mesmo tempo em que se preservam os seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, tem sido um ponto central das discussões. Além disso, a crescente demanda por inovações tecnológicas e medicamentos de alto custo, aliada à necessidade de uma maior participação da sociedade civil na formulação e fiscalização das políticas de saúde, contribui para a complexidade desse debate.

Diante disso, é fundamental que haja um diálogo contínuo e construtivo entre diversos atores sociais e políticos, visando a construção de soluções que promovam o acesso universal e de qualidade aos serviços de saúde, garantindo assim o direito à saúde como um elemento essencial da cidadania. O debate sobre a política de saúde no Brasil é fundamental e incessante, refletindo a complexidade e os desafios enfrentados por um sistema que busca garantir acesso universal, integral e equitativo à saúde. Em meio a discussões sobre financiamento, gestão, acesso a medicamentos e tecnologias, e organização dos serviços, emergem vozes que clamam por uma maior eficiência e equidade no sistema, enquanto outros defendem a preservação dos princípios do SUS. Nesse contexto, é imprescindível uma abordagem que priorize o diálogo entre diferentes atores sociais e políticos, visando a construção de soluções que atendam às demandas da população e promovam o direito à saúde como um pilar fundamental da cidadania.

2.1 A LUTA HISTÓRICA DE CONSTRUÇÃO DO SUS

O início da década de 1920, reporta-se a história da prestação de serviços de saúde no Brasil, onde foram formadas algumas medidas acerca da higiene e saúde do trabalhador, sendo As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) a mais importante criação em 1923 conhecida como Lei Elói Chaves.

Data de 1923, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), organizadas por empresas de um contrato compulsório e sob forma contributiva, tinham como função prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus filiados e dependentes (COHN; ELIAS, 2005, p. 16).

As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), foram unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) durante o período de 1933 a 1938, sendo congregados os trabalhadores por categorias profissionais, tais como: comerciários, bancários, marítimos e industriários, passando a ser agora de caráter nacional com a presença direta do Estado.

A formulação da Política de Saúde ocorreu na Conjuntura dos anos 1930 em nível nacional como as demais políticas sociais, sendo assim organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária.

No âmbito das discussões acerca das Políticas de Saúde no Brasil, é de suma importância abordar a Primeira República (1889-1930). Foi durante esse período que surgiu programas de saúde pública em nível nacional, sendo organizado e implementado instituições públicas de higiene e saúde no Brasil, adotando o modelo das campanhas sanitárias para combater as epidemias urbanas e as endemias rurais, modelo este que se tornou como eixo principal para discutir as políticas de urbanização e de habitação.

O processo histórico que apresenta a política de saúde no Brasil, desde sua gênese contém postura corporativista, fragmentada e seletiva, abordando inicialmente caráter preventivo como exemplo as campanhas sanitaristas, posteriormente, caráter curativo hospitalar, sendo, desse modo, representado pelos vários institutos criados ao longo desse processo.

Segundo Bravo (1991), a saúde pública centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. Tendo como características: ênfase nas campanhas sanitárias; interiorização das ações para as áreas de endemias rurais; criação de serviços de combate às endemias e reorganização do Departamento Nacional de Saúde.

A medicina previdenciária, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pretendeu estender benefícios aos trabalhadores urbanos como forma de antecipar as reivindicações dos mesmos e não proceder a uma cobertura mais ampla.

Em que pese à inclusão de outras categorias profissionais, houve nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), uma redução da oferta de serviços prestados. Para Oliveira e Teixeira (1986), um dos determinantes para a diminuição dos gastos foi o rápido crescimento dos assalariados urbanos.

Cohn e Elias (2005) afirmam que houve um retrocesso dos IAPs com relação às CAPs, para estabelecer uma forma da contribuição dos empregadores incidir sobre o faturamento, o lucro e a folha de salários, recuperando o modelo das CAPs.

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945 a 1950. Durante a Segunda Guerra Mundial, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em convênios com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller.

A situação de Saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 1950, 1956 e 1963, em que os gastos com saúde pública foram favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral (BRAVO, 1991, p. 106).

A previdência social que Getúlio Vargas, em seus últimos atos, ainda tentou unificar sob a forma de Regulamento Geral da Previdência, em 1954, sofre uma redefinição em 1960, pela Lei Orgânica da Previdência Social, que propõe a uniformização dos benefícios prestados pelos Institutos a aposentadorias e pensões, quando também passa a ser assumida como parte inerente da Previdência Social a responsabilidade pela assistência médica individual aos seus beneficiários.

No contexto acima fica claro que a Lei Orgânica consegue uma uniformização de mesmo direito a todos os trabalhadores, indiferente da categoria profissional entre os quais a responsabilidade pela assistência médica é pela primeira vez explicitada. Cohn e Elias (2005), dizem que a questão da saúde teve seu perfil cada vez mais distante das reais necessidades de saúde das classes assalariadas e da população em geral, chegando na sua privatização.

Com a exigência dos trabalhadores em relação à eficiência do sistema previdenciário, a Lei Orgânica da Previdência Social é promulgada, destacando-se enquanto seguro social, a reafirmação da reduzida participação dos trabalhadores

na gerência e controle dos Institutos. Cristaliza-se o vínculo da Previdência Social com o processo de acumulação com a perda da importância como fonte de recursos para investimentos em setores básicos, tomando vulto no seu interior a assistência médica.

Entre 1958 e 1960, a importação de capitais dobrou e outros indícios mostram que não foi a acumulação, se ela se fizesse através da poupança privada, não conviria à porção de produzir-se de consumo durável; se reduzisse o consumo dos assalariados, as organizações sindicais livres se manifestariam. O recurso foi recorrer as sucessivas emissões. O que era inflação reprimida estoura em forma de crise em 1961, quando a taxa do custo de vida atingiu acima de 50%, chegando a agudizar a crise, na conjuntura 1961 a 1964, culminando com a mudança do regime político. A solução da crise se dá por um golpe militar em 1964 em que o poder é assumido pelas forças armadas.

O golpe militar, aliando trabalhadores e demais segmentos da sociedade civil do cenário político oficial e condenando-os à condição de resistência à força do Estado, implementa um projeto que data de 1945 e que se revelou inviável no período da democracia populista: a unificação da Previdência Social (COHN; ELIAS, 2005, p. 21).

Em 1963 foi criado o Fundo dos Trabalhadores Rurais, FUNRURAL, que passou a fornecer assistência médica em 1967. Porém, só em 1971, com a criação do PRORURAL, destinando-se fundos específicos para a manutenção do FUNRURAL, foi que a prestação de serviços passou a ser mais efetiva, representando, formalmente, a extensão da Previdência Social aos trabalhadores rurais. Em 1972 os benefícios do PRORURAL foram estendidos aos pescadores, e em 1975 aos garimpeiros autônomos.

Em 1977, com a reformulação do Sistema Previdenciário que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), o FUNRURAL é extinto, dadas as pressões de parlamentares situacionistas vinculadas ao setor rural (CONH; ELIAS, 2005, p. 22).

De acordo com Luz (1991), foi criada uma política de saúde diferente dos dois modelos anteriores durante os anos de 1964 e 1984, o que foi nomeada como "Milagre Brasileiro", que reorganizou os traços institucionais do

sanitarismo/campanhista e os do modelo curativo da atenção médica preventiva populista.

A política de saúde no período de 1964 a 1974, desenvolve-se com base no privilegiamento do setor privado, articulada às tendências da política econômica implantada. Suas principais características: a extensão da cobertura previdenciária, a ênfase na prática médica curativa, a criação do complexo médico-industrial e a diferenciação de atendimento à clientela (OLIVEIRA E TEIXEIRA apud BRAVO, 2004, p. 27).

Em 1974, a política de saúde teve grande enfrentamento entre os interesses dos setores e empresarial a emergência do movimento sanitário, levando assim, a serem retomadas algumas medidas de saúde pública, embora de forma limitada.

Em 1966, os Institutos de Aposentadorias e Pensões foram unificados e criado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com a participação do Estado.

A criação do INPS, ao unificar os antigos IAPs, constituiu-se na modernização da máquina estatal, aumentando o seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no período populista; trata-se, portanto, de uma reorientação das relações entre Estado e classes trabalhadoras (BRAVO, 1996, p. 30).

Em 1978 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, para dar continuidade ao processo de institucionalização. O SINPAS pode ser de adoção do modelo de compreendido no processo de crescente universalização e de adoção ao modelo de seguridade, em vez do seguro social. A criação do INAMPS - Instituto Nacional de Previdência Social é a expressão dessa tendência, ao aglutinar a assistência médica concedida por todos os órgãos previdenciários, desvinculando o atendimento médico da concessão dos benefícios (BRAVO, 1996, p. 45).

A instituição do SINPAS, em 1977, ao separar a parte de benefícios e de assistência médica que antes era responsabilidade do INPS e agora passa a ser responsabilidade do recém-criado do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social!), reconhece de fato a importância que a assistência médica assume, como volume de recursos a ela destinada como instrumento de barganha e de legitimidade política até com traços que lembram a época populista (COHN; ELIAS, 2005, p. 25).

O tema saúde e condições de trabalho sempre foram importantes para os trabalhadores. A história sindical é rica em denúncias contra atentados à vida e a integridade física e mental dos trabalhadores.

No início do século, foi iniciativa exclusiva dos trabalhadores a organização de institutos de assistência médica e de pensões. Como organizações cooperativas, estes institutos cresceram de tal forma que foram incorporados pelo Estado, primeiro no Estado Novo, em regime de co-gestão, e finalmente, após o golpe militar com órgão chamado INPS-INANPS.

O INAMPS foi criado para atender exclusivamente as pessoas que possuíam carteira de trabalho, o atendimento aos desempregados e os demais que necessitassem era de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde e dos Serviços Públicos Federais.

A assistência médica curativa - com as CAPs, IAPs, INPS e INAMPS, seguiram modelo semelhante. Com o objetivo principal de controlar e disciplinar a força de trabalho, era a empresa (no caso das CAPs) ou a parceria Estado-empresa (no caso das instituições restantes) o órgão centralizador das decisões tomadas no âmbito da prestação de serviços de saúde aos filiados.

O meado dos anos 1970, foi um período que teve fácil visualização no incentivo a práticas médicas curativas, individual, assistencialista e especializada, confrontando-se com a saúde pública, visto que se emergiu um sistema com o interesse na capitalização da medicina e no exercício da produção privada.

Já no final da década de 1970, uma crise acometia a previdência social com situações semelhantes aos problemas encontrados hoje nos serviços públicos como: escassez de verba para investimentos em obras, ocasionando a incapacidade do sistema em atender a demanda que crescia exacerbadamente, desvio de verba destinado a interesses particulares dos gestores dos sistemas, aumento relativo no custeio da medicina curativa, entre outros.

Luz (1991) *apud* Bravo (2004), diz que a questão da saúde entre 1968 e 1970 não detinha planejamento ou plano de saúde, tendo apenas a integração de programas setoriais de atenção médica, sob o amparo da assistência social que, através de um conjunto de regulamentos organizou o financiamento desses programas.

As décadas de 1970 e 1980 marcaram o movimento de reforma sanitária. Movimentos esses, que visava mudanças estruturais emergentes no âmbito da saúde. Ao invés de críticas, apenas existia uma proposta efetiva de ação, onde um expressivo movimento em favor da democracia, lutavam contra a ditadura militar, tendo grande relevância, no tocante as lutas de classe já realizado no país, constituindo um marco na história das políticas de saúde.

Segundo Bravo (1996), na verdade há um marco expressivo de um movimento protagonizado nos anos 1970 e 1980, juntamente com o processo de redemocratização do país, identificado como Movimento de Reforma Sanitária que se sustentou modificando a concepção saúde relacionada às condições gerais de vida como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação e lazer.

No início dos anos 1980 foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde, contando apenas com a participação de autoridades da área de saúde, parlamentares da Câmara dos Deputados e do Senado, representantes de organismo internacionais e um representante do clero que discutiram acerca de um tema referente à rede básica de saúde, que foi: extensão das ações de saúde através de serviços básicos - tendo sido escolhido com a finalidade de "discutir as propostas do governo quanto às ações empreendidas pelo Ministério da Saúde desenvolvimento de um Programa Nacional de Serviços com respeito à implantação Básicos de Saúde" (BRAVO, 1996, P.57).

Em relação às propostas discutidas a referida conferência, o governo teria que apresentar como resultado um plano de ação, intitulado Programa Nacional de Serviço de saúde (PREV Saúde), o qual foi elaborado por um grupo de técnicos do Ministério da Saúde, tendo como visão e a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde em termos nacionais e universais, compreendendo também as áreas de saneamento e habitação.

Os primeiros anos da década se reflete em três momentos referindo-se a crise da Previdência Social: crise ideológica - PREV-SAÚDE, crise financeira e a crise político-institucional, Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária CONASP.

Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), sofre contestações de nítido caráter ideológico de todos os grupos de interesse na questão da saúde, logo é analisado pela Comissão Interministerial de Planejamento

e Coordenação, CIPLAN e encaminhado à Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados.

A crise financeira manifesta-se como resultado da política econômica recessiva imposta ao País no período 1981-1982. Essa crise leva à identificação da assistência médica como um dos focos geradores dos problemas financeiros da Previdência Social e acirra o fracionamento dos diferentes interesses no interior da arena política da saúde.

A crise político-institucional - a criação de uma instância reguladora da saúde previdenciária levou a essa crise, a qual "induz à criação, pelo Decreto nº 86.329, de 2 de setembro de 1981, do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária," CONASP (MENDES, 1994, p. 35).

Em 1982, foi divulgado o Plano de Reorientação da Assistência à saúde no Âmbito da Previdência Social, elaborado pelo CONASP, que foi constituído de três partes: modelo atual de prestação de serviços de saúde no âmbito da Previdência Social, proposta da reorientação da assistência à saúde previdenciária e estratégia de implementação.

Esse Plano foi executado no final de 1982, e, em meados de 1983, a sua estratégia básica foram as Ações Integradas de Saúde (AIS), que registram alguns avanços, cumprindo destacar a contribuição de profissionais progressistas para a sua implementação.

As AIS, o primeiro desenho estratégico de gestão, de desconcentração e universalização de atenção à saúde, mantinha a regionalização e hierarquização dos serviços da rede de saúde apresentados pelo plano CONASP, e sua operacionalização foi fortalecida a partir de 1985, com a Nova República.

Segundo Bravo (1996), a sociedade brasileira nos anos 1980, tendo passado por um processo de democratização política. ao mesmo tempo, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica, cujos efeitos perduram até os dias atuais.

A saúde nessa década contou com a participação de novos sujeitos na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil (BRAVO, 1996, p. 109).

Em 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, contando com cerca de 4.500 participantes, dentre os quais mil delegados. Os

temas discutidos foram: 1) A saúde como direito à personalidade e a cidadania; 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; 3) Financiamento setorial.

Essa Conferência é um divisor de águas nesse processo histórico, resultado de um movimento de lutas em busca de mudança no setor saúde e na própria compreensão do que seria saúde.

A saúde, em seu sentido mais abrangente, foi considerada como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e a serviços de saúde (BRAVO, 1996).

Os debates para essa conferência saíram dos fóruns específicos: (ABRASCO.CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública), assumindo nova dimensão, tendo como participantes as entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. "A questão da saúde transbordou a análise setorial, referindo-se à Sociedade como um todo, propondo-se não somente Sistema Único, mas a Reforma Sanitária" (RODRIGUES NETO *apud* BRAVO, 1996, p.77).

Foi no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 que serviu de base para a elaboração do capítulo sobre Saúde da nossa Constituição Federal de 1988, que foi criado o SUS.

A formulação e a implementação do SUS é a resultante de um expressivo movimento de Reforma Sanitária, inserido no movimento mais amplo de redemocratização do País e que teve na VIII Conferência um de seu lócus privilegiado para o estabelecimento das grandes diretrizes para a reorganização do Sistema de Saúde no Brasil.

Essa reforma buscava transformar a visão que até então se tinha da assistência à saúde, propondo assim: Descentralizar a gestão administrativa e financeira; integralizar a atenção à saúde, com medidas curativas e preventivas; universalizar o direito à saúde; promover a participação social,

Foi após a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que o Governo assumiu a bandeira da Reforma Sanitária, acoplado à política das Ações Integradas da Saúde, AIS, medidas nas áreas de habitação, saneamento, alimentação, entre outras, obtendo com isso melhoria nos indicadores de mortalidade e morbidade vigentes no País.

Com a consolidação das AIS, era necessária a constituição do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) que foi aprovado pelo Presidente da República em julho de 1987, sendo um passo decisivo para o processo de descentralização e redefinição de papéis e atribuições entre os níveis Federal, Estadual e Municipal.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, representou um grande evento que assim repercutiu em todo âmbito nacional e teve sua parcela de contribuição no processo de construção do SUS. Sendo assim:

A Constituição federal contempla a Saúde como um direito social do Estado, prevendo a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) universal no acesso, igualitário no atendimento assistencial e equânime na distribuição de recursos (CONH; ELIAS, 2005, p. 68).

A construção de um SUS se baseia como estratégia para reorganização dos serviços de saúde no Brasil, estando este baseado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação popular.

É impossível falar em SUS sem lembrar a luta do Movimento Sanitário em todas as suas vertentes. É difícil pensar no SUS sem procurar compreender o processo de abertura política que possibilitou o avanço dos movimentos sociais em busca da melhoria na qualidade de vida da população, sem compreender os avanços na compreensão de saúde, associando-a ao exercício de cidadania.

O SUS é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, e de maneira complementar, pela iniciativa privada. (artigo 4º da Lei Federal nº 8.080). Desta forma, o SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis no 8.080 de 1990 e no 8.142 de 1991, conhecidas como Lei Orgânica do SUS (LOS), com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a todos os cidadãos(ãs), independente do poder aquisitivo de cada um, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

Através do SUS, todos os cidadãos têm direito a: consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal), ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde. Com objetivo de atender as necessidades de saúde da

população, oferecendo serviços de qualidade, o SUS propõe promover a saúde, dando prioridade às ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde.

O SUS se baseia no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde, buscando assim meios de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia e, torná-lo efetivo em nosso país, como está descrito na Constituição Federal em seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Continuando no Artigo 198:

As ações serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização; atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Segundo a autora, CONH; ELIAS, 2005, a descentralização, a participação social e o atendimento integral resultaram na criação de um conjunto abrangente de leis, antes praticamente ausentes, acompanhado por decretos, portarias e normas emitidas pelos três níveis de governo. Esse conjunto normativo foi direcionado à implementação da descentralização do sistema de saúde e à introdução de maior racionalidade nos serviços de saúde públicos.

É de grande importância ressaltar que a Constituição de 1988 não consegue romper com os princípios contidos anteriormente, e sim propõe novas diretrizes organizacionais referendadas na Reforma Sanitária. Através da consolidação desse sistema, a saúde passa a ganhar novas configurações, pois o SUS amplia os conceitos de saúde até então existentes, incorporando os princípios da universalização, participação social, controle da gestão e descentralização política e administrativa.

Baseado nos preceitos constitucionais, a construção do SUS se norteia em alguns princípios fundamentais - doutrinários e organizacionais de acordo com o Ministério da Saúde:

✓ Princípios doutrinários:

Universalidade: acesso deve ser garantido a todas as pessoas, ou seja, todas as pessoas têm direito ao atendimento independente de renda, cor, raça, gênero, religião etc., sejam elas contribuintes ou não do sistema.

Integralidade: as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para a prevenção e a cura, ou seja, promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o leva adoecer e a morrer. O indivíduo não deve ser visto como um amontoado de partes (coração, fígado, pulmões etc.) e solto no mundo.

Equidade: todo cidadão/ã é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido/a conforme as suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferentes. Sendo assim, os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, investindo mais onde a carência é maior, diminuindo as desigualdades existentes.

✓ Princípios organizativos:

Descentralização: responsabilidade do município pela saúde de seus cidadãos. As ações e serviços de saúde têm sua redistribuição das responsabilidades entre os vários níveis de governo. Cada esfera é autônoma e soberana nas suas decisões, respeitando os princípios doutrinários.

Participação da Sociedade: garantia constitucional de que a população através de suas entidades representativas poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e de controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local.

Hierarquização e Regionalização: os serviços devem ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além

das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexibilidade.

Resolutividade: é a exigência de que um indivíduo busque o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua complexibilidade.

Complementaridade do Setor Privado: a Constituição definiu que quando, por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, isto se deve dar sob três condições: a celebração do contrato conforme as normas de direito público; a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS; a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica do SUS em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços.

Desde o início do processo de implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, foram publicadas três Normas Operacionais Básicas (NOB) e duas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS).

✓ Norma Operacional Básica 01/91:

Considera como "municipalizados" dentro do SUS, os municípios que atendam os requisitos básicos como: a criação dos Conselhos Municipais de Saúde; a criação do Fundo Municipal de Saúde; o Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos; a Programação e Orçamento da Saúde (PROS) como detalhamento do Plano de Saúde; a contrapartida de recursos para a saúde do seu orçamento; a Constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) com prazo de dois anos para sua implementação.

Instituiu a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) destinada a reajustar os valores a serem repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, bem como modifica os sistemas de pagamento aos prestadores de serviços (entidades filantrópicas, hospitais universitários, entidades contratadas e conveniadas) com a implementação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS).

✓ Norma Operacional Básica 01/93:

Tem como finalidade, criar transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão simplificada; Habilita municípios como gestores; Define papel dos Estados de forma frágil, mas esses, ainda assim, passam a assumir papel de gestor do sistema estadual de saúde; São constituídas as Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional) como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação, integração entre gestores.

A Norma Operacional Básica 01/93 foi o instrumento fundamental no processo da implementação da descentralização.

A NOB/93 regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Nacional de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar ambulatorial, a diretrizes para os investimentos do setor (COHN; ELIAS, 2005, p.113).

✓ Norma Operacional Básica 01/96:

Incorpora as ações de Vigilância Sanitária, criando o incentivo para as ações básicas de Vigilância Sanitária; Incorpora as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças; Promove a reorganização do modelo de atenção, adotando-se como estratégia principal; À implantação de cobertura do Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com a criação de incentivo financeiro; Aprimora o planejamento e define a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI); Define as responsabilidades, prerrogativas e requisitos das Condições de Gestão Plena da Atenção Básica e Plena de Sistema Municipal de Saúde para os municípios, e Avançada do Sistema Estadual e Plena de Sistema Estadual para os Estados.

Essas normas operacionais foram colocadas em prática nos primeiros anos da década de 90, avançando na questão da municipalização dos serviços de saúde.

Partindo de uma análise feita por Viana *apud* Cavalcante (2000) acerca da década de 1990, nos processos de reforma dos sistemas de saúde em geral estão dois tipos de reformas: big bang e incremental. Portanto:

As reformas big bang são as que introduzem modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de

saúde, de forma rápida e pontual; já as reformas incrementais, inversamente, fundamentam-se com pequenos ajustes que são tecidos sucessivamente. No período que vai da Constituição Federal de 1988 até os meados de 1996, indica que o SUS concretizou uma reforma big bang em função das mudanças profundas que a partir dele o setor saúde passou a vivenciar" (VIANA *apud* CAVALCANTE, 2000, P.1/2).

A formulação da NOB/96 pelo Ministério da Saúde foi um dos principais indicativos para o processo de reforma incremental do SUS. Assim, para esse processo, teve mais dois indicativos: a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários (PACs) nas esferas centrais da operacionalização do SUS nos últimos anos da década de 1990.

A emergência de novas modalidades de gerência nos hospitais públicos (cooperativas de profissionais de saúde, terceirização da gerência de unidades e as organizações sociais) (VIANA *apud* CAVALCANTE, 2000, p. 2).

O processo de reforma incremental se posiciona como um conjunto de modificações no desenho e operação política.

Percebe-se que as modificações que vêm realizando no modelo assistencial a partir de dois novos programas (PACs e PSF) estão resultando em alterações tanto nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, quanto na forma de organização e prestação dos serviços, chegando a alterar o próprio processo de descentralização (CAVALCANTE, 2000, p. 3).

Os programas de ações do PACs e PSF são definidos como prioritários pelos Ministério da Saúde e são objetos de incentivo financeiros atraentes para o nível local. O principal ingrediente que tem essas duas fases (big bang e incremental) é a criação do PSF, implantado pelo Ministério no ano de 1994 com a finalidade de mudar o núcleo de atenção acerca da família.

No PSF, a atenção está ligada a família, entendida percebida a partir do social, o que vem possibilitando às equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (FRANCO; MERTY *apud* CAVALCANTE, 2000, p. 4).

O PSF formulado pelo Ministério da Saúde ganha impulso em nível nacional a partir de 1998, em razão de diversos mecanismos de indução definidos pelo governo

federal. Assim, a proposta do PSF está ligada a uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, e para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis e complexidade assistencial, e se compromete em prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva à população na unidade básica de saúde e no domicílio atendendo assim as suas reais necessidades.

O princípio ordenador deste programa é a vinculação de uma equipe de saúde a um certo número de famílias que residem em uma determinada área. O cadastramento e o acompanhamento são fundamentais para o desenvolvimento das ações previstas.

Para as equipes profissionais da Saúde da Família, são atribuídas algumas atividades como: conhecer a realidade da área de abrangência, identificando assim os problemas de saúde e riscos; fazer planejamento sanitário local junto à comunidade; programar atividades locais trabalhando junto ao núcleo da família; prestar atendimento integral a população, ajudando na educação em saúde; promover ações de intersetorialidade; discutir conceitos de cidadania dos conselhos locais e resolver a maior parte dos problemas de saúde, ampliando assim o acesso aos cuidados de saúde.

O PSF representa ações combinadas a partir da noção ampliada de saúde que engloba tudo aquilo que possa levar a pessoa a ser mais feliz e produtiva - e se propõe a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão e qualidade de vida (MEDCURSO, 2003, p. 16).

O PSF trabalha em função de gerar novas práticas de saúde, nas quais haja integração das ações clínicas e de saúde coletiva e como alternativa de reorganização dos serviços, buscando alcançar patamares adequados de cobertura e resolutividade do sistema local de saúde.

Todavia, a discussão acerca da política de saúde no Brasil é um tema crucial que suscita reflexões sobre a eficácia do sistema atual, bem como sobre os desafios e oportunidades para sua melhoria. Contraditoriamente, no Brasil, reconhecido internacionalmente pelo SUS, enfrenta desafios complexos que demandam uma

abordagem equilibrada entre setores público e privado, considerando sempre o bem-estar da população.

Um dos principais pontos, é a necessidade de fortalecer o SUS como base fundamental para a garantia do direito à saúde. O sistema, criado pela Constituição de 1988, representa um avanço significativo ao estabelecer a universalidade, integralidade e equidade como princípios orientadores. No entanto, questões como financiamento insuficiente e a gestão descentralizada tornam-se obstáculos a serem superados para assegurar a plena eficiência do SUS.

Outra preocupação é a relação entre o setor público e privado na saúde. Enquanto a presença de serviços privados é inegável e muitas vezes necessária, é crucial encontrar um equilíbrio que não comprometa a essência do SUS. A colaboração entre esses setores deve ser pautada por parâmetros que garantam a universalidade dos serviços, evitando a exclusão de parcelas da população que dependem exclusivamente do sistema público.

Além disso, o investimento em prevenção e promoção da saúde é um aspecto frequentemente negligenciado no que diz respeito a influência do Neoliberalismo na política de saúde. A ênfase na assistência curativa, embora vital, não pode subestimar a importância de estratégias que evitem a ocorrência de doenças e melhorem a qualidade de vida da população. Políticas públicas que promovam hábitos saudáveis, acesso facilitado à informação e prevenção de enfermidades são fundamentais para um sistema de saúde sustentável. Nesse viés, a Constituição de 1988, prevê a incorporação de ações de proteção e recuperação da saúde como parâmetros capazes de remediar as necessidades de saúde da população brasileira, sabendo que:

A promoção de saúde se faz por meio de educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção em ambientes saudáveis. Está estreitamente vinculada, portanto, à eficácia da sociedade em garantir a implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade de vida e ao desenvolvimento da capacidade de analisar criticamente a realidade e promover a transformação positiva dos fatores determinantes da condição de saúde (MATTOS, 2005, p. 221).

A descentralização da gestão é outro ponto que permeia as discussões. A busca por maior autonomia das unidades federativas na condução das políticas de saúde é vista como uma maneira de adaptar as estratégias às realidades locais,

contudo, a necessidade de garantir padrões mínimos de qualidade e equidade em todo o país deve ser cuidadosamente ponderada.

No contexto atual, a pandemia da COVID-19 evidenciou fragilidades estruturais e a necessidade de adaptação rápida do sistema de saúde. O enfrentamento de uma crise de saúde pública de tal magnitude demanda não apenas respostas imediatas, mas também uma reflexão mais profundada sobre a capacidade de aprimoramento do SUS para situações emergenciais futuras.

Resumidamente, pontuar sobre a política de saúde no Brasil é muito complexo e cheio de nuances, abrangendo desde a estruturação e financiamento do SUS até a relação entre setores público e privado e a ênfase na prevenção. É crucial que as discussões sejam permeadas pela busca por soluções objetivas, que contemplem a diversidade e complexidade do país, assegurando um sistema que promova o acesso universal, a integralidade dos cuidados e a equidade, garantindo, assim, a efetividade do direito à saúde para todos os brasileiros.

Portanto, o debate sobre a política de saúde no Brasil deve ser encarado como uma oportunidade de promover mudanças significativas no sistema. É preciso superar desafios históricos, buscar a eficiência na gestão, garantir a suficiência de recursos e fortalecer a integração entre os diversos atores envolvidos. Somente por meio de um diálogo aberto e comprometido será possível construir um sistema de saúde verdadeiramente justo, eficaz e capaz de atender às necessidades da população brasileira.

2.2 O NEOLIBERALISMO E A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE

O Brasil, ao longo das últimas décadas, tem experimentado diversas mudanças em sua estrutura econômica e política, influenciadas, em grande parte, pelos princípios do neoliberalismo. A política neoliberal se apresenta no final dos anos de 1980, no governo de José Sarney. Porém, é na década de 1990 que um novo padrão de acumulação e reestruturação produtiva dar formas a um cenário de perdas dos direitos sociais, a “contrarreforma” do Estado brasileiro, como aponta Behring (2008). Este modelo, que preconiza a redução do papel do Estado na economia em favor do mercado, tem sido adotado no país, refletindo-se não apenas nas questões econômicas, mas também nas políticas sociais, como a saúde.

O termo “contrarreforma”, adotado por Behring, deve-se à crítica que a autora faz à “reforma” do Estado implementada no governo FHC nos anos 1990. Segundo ela, o que houve não foi uma “reforma”, como dizem os que a defendem, mas sim, “uma contrarreforma que se compôs de um conjunto de mudanças estruturais regressivas sobre os trabalhadores e a massa da população brasileira, que foram também antinacionais e antidemocráticas” (BEHRING, 2008, p.281).

Contudo, é fundamental questionar as implicações dessa abordagem no setor da saúde, especialmente quando se discute a possibilidade de reformas políticas que, muitas vezes, tendem a agravar desigualdades e dificultar o acesso da população aos serviços essenciais. Assim, sob a ótica neoliberal, há uma tendência de redução do papel do Estado na oferta de serviços de saúde. Isso pode resultar em políticas que favorecem a participação do setor privado, enfraquecendo os sistemas públicos.

Nessa seara de informações, é necessário conhecer um pouco do que diz ser o neoliberalismo e a contrarreforma, para melhor entender o processo em curso. Ademais, o neoliberalismo e a contrarreforma na política de saúde são conceitos que têm impactado diretamente a forma como os serviços de saúde são organizados e fornecidos em muitos lugares, incluindo o Brasil.

O neoliberalismo é uma doutrina econômica e política que defende a diminuição da intervenção do Estado na economia, promovendo a livre concorrência e a iniciativa privada. Quando aplicado à saúde, isso muitas vezes se traduz em uma maior participação do setor privado na prestação de serviços, com a ideia de que a competição traria eficiência.

A contrarreforma na política de saúde se refere a mudanças que buscam alterar as estruturas e princípios previamente estabelecidos nos sistemas de saúde. No Brasil, isso frequentemente envolve tentativas de modificar o SUS, muitas vezes enfraquecendo seus princípios de universalidade, integralidade e equidade.

O neoliberalismo, ao promover a privatização e a redução de investimentos estatais, cria um cenário propício para a fragmentação do sistema de saúde. A busca pelo lucro no setor privado muitas vezes colide com o princípio básico da universalidade do acesso à saúde. A implementação de reformas que visam a diminuir a participação do Estado no financiamento e gestão do sistema de saúde pode resultar em um aumento das desigualdades, pois os mais vulneráveis são os que mais sofrem com a precarização dos serviços públicos. Além disso, a lógica

neoliberal tende a transformar a saúde em uma mercadoria, onde o acesso aos cuidados está condicionado à capacidade financeira do indivíduo. Essa abordagem, ao invés de fortalecer o sistema, fragiliza-o ao criar um fosso entre os que podem pagar por serviços de qualidade e aqueles que dependem exclusivamente do sistema público. O resultado é um aumento nas disparidades sociais em saúde, o que contradiz o princípio fundamental da equidade. Segundo as autoras Boschetti e Behring, o neoliberalismo tem contribuído para a mercantilização dos serviços de saúde, muitas vezes priorizando o lucro em detrimento do acesso universal e equitativo.

Ainda mais preocupante é a perspectiva de desmonte do SUS, que representa uma conquista importante no cenário nacional. A fragmentação e privatização do sistema podem comprometer a integração das ações e a eficiência na prestação de serviços. A experiência internacional mostra que países que apostaram em políticas neoliberais na saúde frequentemente enfrentaram dificuldades em garantir a universalidade e a qualidade dos serviços, exacerbando as desigualdades sociais. Boschetti e Behring (2009), discutem como as contrarreformas na política de saúde muitas vezes representam uma desconstrução dos princípios do SUS no Brasil. Isso pode incluir a descentralização sem o devido fortalecimento dos sistemas municipais.

As autoras Boschetti e Behring (2009), destacam como as políticas de saúde muitas vezes refletem conflitos de interesses, especialmente quando a lógica mercadológica prevalece. Isso pode comprometer a equidade no acesso aos serviços e nas condições de trabalho dos profissionais de saúde, prevendo possíveis precarizações e reduções de investimentos no setor. As autoras exploram o papel dos movimentos sociais e da participação popular como possíveis ferramentas de resistência às políticas neoliberais na saúde. O fortalecimento da voz da sociedade civil é visto como fundamental para a defesa do SUS. Ainda, as autoras também discutem perspectivas de reformas baseadas em princípios democráticos e na valorização do SUS como um sistema público e universal.

Em suas considerações, Boschetti e Behring (2009) oferecem uma visão crítica das transformações na política de saúde, destacando os impactos do neoliberalismo e das contrarreformas na promoção da saúde no contexto brasileiro. Suas perspectivas contribuem para debates importantes sobre como a sociedade pode se mobilizar para preservar e fortalecer sistemas de saúde baseados em

princípios de equidade e solidariedade. Assim, a participação popular e os movimentos sociais são possíveis ferramentas de resistência às políticas neoliberais na saúde.

Portanto, é categórico que se questione a adoção de medidas que fortaleçam o neoliberalismo na política de saúde brasileira. É necessário buscar alternativas que promovam a equidade, a universalidade e a eficiência no sistema de saúde, sem comprometer o acesso da população aos serviços essenciais. Reformas que atendam às necessidades da sociedade, valorizando a participação do Estado na garantia do direito à saúde, são essenciais para construir um sistema mais justo e inclusivo. A busca por soluções deve considerar a realidade socioeconômica do país, visando o bem-estar coletivo e não apenas interesses econômicos restritos.

2.3 ATENÇÃO À SAÚDE NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, representou um marco significativo na inserção entre saúde e educação no Brasil. Como uma empresa pública ligada ao Ministério da Educação, seu objetivo primordial é fornecer serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, além de oferecer suporte às instituições públicas federais de ensino na área da saúde.

Os Hospitais Universitários Federais estão sob a gestão da EBSERH, empresa pública associada ao Ministério de Educação. Esses hospitais, além de oferecerem atendimento médico, têm como propósito o incentivo a pesquisa e a educação, pois está sempre mesclando os serviços de saúde com as atividades acadêmicas. Essa integração entre ensino e prática é fundamental para a formação profissional.

E é nesse contexto em que se abarca pesquisa e inovação, que estudantes e profissionais de medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, farmácia, serviço social, odontologia, terapia ocupacional, pedagogia hospitalar e uma série de outras áreas da saúde, buscam por soluções inovadoras e a contribuição para o avanço do conhecimento, tornando o ambiente hospitalar verdadeiros centros de referência.

Além do caráter acadêmico, esses hospitais muitas vezes oferecem serviços de alta complexidade. Por terem uma ligação com universidades, eles geralmente

contam com especialistas em diversas áreas, o que os torna referência para casos mais complicados e tratamentos avançados. Eles não são só espaços acadêmicos fechados. Muitas vezes, têm um papel vital no atendimento de saúde da população local, agindo como um ponto de referência para a comunidade em que estão inseridos.

Em meio a procedimentos complexos e pesquisas, é crucial manter um olhar humanizado sobre cada paciente, respeitando suas histórias e garantindo que não se tornem apenas casos clínicos, mas pessoas que precisam de cuidado tornando assim, um atendimento mais humanizado.

Infelizmente, eles também enfrentam desafios, especialmente em relação a recursos financeiros e estruturais. A demanda muitas vezes supera a capacidade de atendimento, e isso pode gerar uma pressão constante sobre a equipe e os serviços oferecidos. A ligação com o SUS também é uma parte fundamental da dinâmica desses hospitais. Eles são parte integrante do sistema, o que pode trazer desafios adicionais, especialmente em um contexto de financiamento público e busca por equidade no acesso aos serviços de saúde.

Dentre os hospitais federais, encontra-se o HUJB, onde foi palco para realização dos Estágios Supervisionados I e II, bem como serviu como locus de pesquisa ora apresentada.

O HUJB, localizado na Av. José Rodrigues, nº 305, bairro Edmilson Cavalcante na cidade de Cajazeiras-PB, é uma unidade pública hospitalar que tem como objetivo prestar serviços de atenção à saúde, gerando um cenário de prática de ensino, proporcionando maior abrangência em pesquisas para discentes e docentes, com um maior fortalecimento a rede de atenção à Saúde do Estado da Paraíba e do SUS.

Antes conhecido como “Hospital Infantil”, o HUJB, é um equipamento de saúde que se tornou Hospital Universitário Federal, referência na atenção à saúde de média e alta complexidade. O Hospital Universitário Júlio Bandeira, foi criado oficialmente em 27 de julho de 2012, por meio da Resolução nº 02/2012 do Colegiado Pleno da UFCG, que anteriormente era o Hospital Infantil de Cajazeiras - HIC, desde 1978. Depois disso o Hospital Infantil de Cajazeiras tornou-se autarquia municipal, com o nome de Instituto Materno Infantil Dr. Júlio M^a Bandeira de Mello-IJB. Em novembro de 2011 o hospital foi doado para UFCG através da Lei Municipal Nº 2.005/2011.

O Hospital se tornou referência em múltiplas áreas assistenciais no SUS, com ênfase no seu papel importante que proporciona formação de recursos humanos na área da saúde.

Inserido territorialmente na 9ª Região de Saúde da Paraíba, abarca a prestação de serviços aos municípios de Cajazeiras, São João do Rio do Peixe, São José de Piranhas, Uiraúna, Monte Horebe, Bonito de Santa Fé, Carrapateira, Cachoeira dos Índios, Bom Jesus, Santa Helena, Joca Claudino, Triunfo, Poço José de Moura, Poço Dantas e Bernardino Batista, dentre municípios de outras regiões de saúde que podem referenciar o atendimento para o HUJB.

Nesse contexto, são oferecidos os principais serviços médicos na parceria saúde/pesquisa/educação, com o objetivo de ofertar qualidade no atendimento e busca por melhores investimentos na área de:

- Pediatria;
- Ginecologia;
- Obstetrícia;
- Otorrinolaringologia;
- Clínica médica;
- Cirurgia geral;
- Cirurgia vascular;
- Urologia;
- Cardiologia;
- Infectologia;
- Pneumologista;
- Hepatologista;
- Anestesista;
- Reumatologia.

Em todas as especialidades na listagem, são ofertados em atendimento ambulatoriais, e os serviços hospitalares como internamentos, são prestados em: pediatria, clínica médica, pediatria cirúrgica, ginecologia cirúrgica, otorrinolaringologia cirúrgica, cirurgia geral e urologia. O HUJB também realiza cirurgias ambulatoriais e exames de diagnósticos, com o intuito de ofertar

atendimento integralizado aos usuários. A equipe multiprofissional é constituída por profissionais de nutrição, psicologia, medicina, enfermagem, fisioterapia, farmácia, odontologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, serviço social e pedagogia hospitalar.

Em linhas gerais, os Hospitais Universitários Federais são como microcosmos de saúde, onde o ensino, a pesquisa e a assistência se entrelaçam de maneira complexa. São espaços desafiadores, mas também cheios de potencial para impactar positivamente a saúde da população e contribuir para o avanço da medicina e das ciências da saúde.

3 COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: DESAFIOS E DEMANDAS ESPECÍFICAS DO TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS

3.1 O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

O Serviço Social surgiu no âmbito da saúde no período de 1930 a 1964, desenvolvendo sua prática profissional na área, entretanto, a expansão do Serviço Social no país só ocorre a partir de 1945 devido as “exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças que ocorreram no panorama internacional, em função do término da Segunda Guerra Mundial” (BRAVO, 2004, p. 28). Nessa época, o setor de saúde foi o que mais absorveu os assistentes sociais, relacionada a sua ação profissional na Saúde que veio a se ampliar.

Após um Congresso Interamericano de Serviço Social em *Atlantic City* (EUA) que foi realizado no ano de 1941 acerca da mudança de influência norte-americana relacionada ao nível da formação profissional e nas instituições prestadoras de serviços, foram criados vários mecanismos para efetivação de bolsas aos profissionais brasileiros e a criação de entidades.

Os assistentes sociais brasileiros começaram a defender que o ensino e a profissão nos Estados Unidos haviam atingido um grau mais elevado de sistematização; ademais, ali, na ação profissional, o julgamento moral com relação à população-cliente era substituído por uma análise de cunho psicológico (BRAVO, 2000, p. 29).

O novo conceito de Saúde, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, requisitou outros profissionais para atuar no setor, e entre eles o assistente social, que ao ser inserido, deu ênfase à prática educativa em relação a hábitos de higiene e saúde para a clientela e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde.

O Serviço Social vai atuar na área hospitalar para viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios, utilizando as seguintes ações: plantão, triagem, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária.

Bravo (2004), diz que a partir da década de 1950 surgiram umas propostas racionalizadoras na Saúde, as quais não repercutiram no trabalho dos assistentes sociais: a medicina integral, a medicina preventiva, e a partir de 1960, a medicina comunitária. Apenas médicos, enfermeiras e visitantes faziam parte nessa época das atividades desenvolvidas nos centros de saúde. Entretanto, nos hospitais e ambulatórios - os quais os profissionais mantiveram como lócus central de sua ação, os serviços básicos eram a higiene pré-natal, infantil e pré-escolar, a tuberculose, a verminose e o laboratório.

As atividades tinham planos de inserir na população educação sanitária através de educadores de higiene, professores instruídos em assuntos sanitários e também testar formas específicas de descentralização do trabalho sanitário nas grandes cidades. Os assistentes sociais só foram incluídos nesse espaço no ano de 1975, pois antes da inserção, os profissionais que desenvolviam as atividades de cunho assistencial eram os visitantes.

Para os assistentes sociais, a participação popular nas instituições e programas de saúde é de suma importância para sua ação profissional, a qual só repercutiu na profissão nos trabalhos de Desenvolvimento de Comunidade (DC).

O Serviço Social Médico, como era denominado, não atuava com procedimentos e técnicas do DC, mas sim, e prioritariamente, como Serviço Social de Casos, orientação inclusive da Associação América de Hospitais da Associação Americana de Assistentes Médico-Sociais. A participação só era visualizada na dimensão individual, ou seja, o engajamento do cliente no tratamento (BRAVO, 2004, p. 30).

No pós-1964, o Serviço Social passou por profundas mudanças, as quais tiveram rebatimento no trabalho do assistente social na área de saúde. Data de 1965 a 1975, o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS), propagou a perspectiva modernizadora no intuito de ajustar a profissão às exigências estabelecidas pelos processos sociopolíticos emergentes no pós-1964 (BRAVO, 2004).

O Serviço Social como parte integrante no processo de desenvolvimento, não teve a intenção de levantar questão em relação à ordem sociopolítica, e sim, preocupou-se em incluir a profissão numa moldura teórica e metodológica. Na saúde, a ação do Serviço Social resulta em prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária.

A saúde necessita de uma busca contínua de um bem-estar físico, emocional e social para cada pessoa, na relação entre profissional-cliente o assistente social passa a compreender a história de vida do cliente a partir de situações postas no cotidiano.

Na década de 1980 houve grande mobilização política com movimento significativo na saúde coletiva, que também ocorreu no Serviço Social, especificamente no ano de 1986, quando se realizou a VII Conferência Nacional de Saúde, o Governo levantou a bandeira da Reforma Sanitária com propostas legitimadas pelos segmentos representativos presentes ao evento.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a saúde junto com a assistência social e a previdência social, integra a Seguridade Social. É determinado nessa constituição que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, integrando os serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único de saúde.

No momento de discussão da saúde conferenciada, vale ressaltar a preocupação por parte dos assistentes sociais.

Sem dúvida, o Serviço Social está recebendo influências desta conjuntura (de crise do Estado brasileiro, de falência da atenção básica à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente em construção de uma reforma sanitária brasileira), mas, por outro lado, está passando por um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social Tradicional (anterior à década de 1980), havendo, assim, uma intensa disputa pela nova direção a ser dada à profissão (BRAVO, 2004, pp. 33-34).

Para que o Serviço Social avance hoje na profissão, se faz necessário que se recupere as potencialidades das construções da década de 1980, especialmente a relação do Serviço Social com a Reforma Sanitária, a qual é fundamental para entendimento da profissão. "E a intervenção é uma prioridade, pois poucas alterações trouxeram os ventos da vertente intenção de ruptura para o cotidiano dos serviços. Este fato repercute na atuação do Serviço Social na área de saúde" (BRAVO, 2004, p. 34).

A profissão enfrenta alguns desafios na realidade de hoje, principalmente na superação de atividades técnico-burocráticas, os assistentes sociais precisam criar alternativas profissionais, para além de superarem, pôr em foco à ação técnico-político contribuindo assim na viabilização da participação popular, democratização

das instituições, elevação da consciência sanitária e da ampliação dos direitos sociais.

No nível teórico-prático, o assistente social versa acerca do tema "Movimentos sociais e saúde" sendo um dos eixos que ele pode dar sua contribuição.

A educação para a saúde é uma das atividades exercidas pelo assistente social na área de saúde, desde o seu início, e o profissional ao desempenhá-la deve possibilitar aos usuários das instituições fazer a relação da saúde com as condições de vida e trabalho e, para tal, a percepção da inserção de classe é fundamental (BRAVO, 1996, p. 116).

O Serviço Social na Saúde conseguiu alguns avanços decorrentes da mobilização da sociedade e sua repercussão na categoria, com o fornecimento de indicações para sua prática profissional, entretanto, o Serviço Social chega à década de 1990 com alteração da prática institucional, continuando como categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária.

O ano 1990 é o período da implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal, o qual confronta-se com projeto profissional hegemônico no Serviço Social e com o projeto da Reforma Sanitária.

O projeto profissional hegemônico do Serviço Social foi sendo construído, articuladamente com as lutas mais gerais da sociedade, e procurou romper com a herança conservadora da profissão. Seus principais formuladores foram às entidades da categoria e os profissionais vinculados à academia, tendo como marco O III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais de 1979, conhecido como congresso da virada (BRAVO, 1996, p. 35).

Foram apresentados na área de saúde em 1990 dois projetos, ambos com diferentes requisições para o Serviço Social: projeto privatista requisitou ao assistente social – seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial, fiscalização nos usuários de plano de saúde, assistencialismo e predomínio de abordagens individuais, entretanto, o projeto da reforma sanitária requisitou que o assistente social trabalhe na busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento de humanização, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens

grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO, 2004).

Portanto, desde que a saúde passou a ser considerada não apenas como um problema físico-biológico, mas como resultante de uma relação dialética do indivíduo com o meio ambiente, o assistente social foi inserido na saúde para atender os problemas de saúde que vai além da ação de médicos e enfermeiros, contribuindo também no atendimento de pacientes que, em suas condições de vida e saúde, manifestam expressões da questão social.

3.2 COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR

É importante destacar que a atuação profissional do Assistente Social no ambiente hospitalar possui uma prática técnica educativa e participativa, voltada para o reconhecimento dos direitos dos usuários dos programas sociais. Sua atuação busca mobilizar e engajar usuários atendidos no SUS por meio de ações participativas visando um melhor atendimento. Diferente de outras profissões, a atuação do Assistente Social no ambiente hospitalar se distingue pela sua essência particularizada, complementando o atendimento médico ao oferecer suporte social aos usuários (PAIXÃO; CORREA, 2018).

A participação dos assistentes sociais na gestão hospitalar é fundamental para a implementação efetiva da política social de saúde. Sua formação crítica e reflexiva permite que eles analisem de maneira crítica a realidade social dos usuários e profissionais de saúde. Isso lhes possibilita ter uma visão ampla da saúde, reconhecendo que ela abrange diversas dimensões além da física, considerando a condição de saúde dos usuários como uma expressão da questão social, que é o foco do trabalho do Serviço Social. Para desenvolver ações na gestão, é importante estabelecer diálogos com a população para compreender suas demandas, levando em consideração que essas demandas são moldadas pelas transformações sociais contemporâneas em uma sociedade coletiva (MEDEIROS, 2022).

O assistente social desempenha um papel essencial no campo da saúde, tanto na atenção primária quanto na média e alta complexidade. Ele estabelece diálogo direto com outros profissionais de saúde, como psicólogos, enfermeiros e

médicos, além de interagir com os profissionais administrativos da rede hospitalar, como diretores, recursos humanos e secretários, que lidam com questões burocráticas e administrativas. Ao trabalhar em equipe, adotando uma abordagem interdisciplinar, ocorre uma troca de conhecimentos entre os profissionais, estabelecendo uma relação de respeito e diálogo mútuo. Isso possibilita o desenvolvimento de ações coordenadas, sem perder a identidade e as particularidades profissionais de cada membro da equipe (MEDEIROS, 2022).

Todavia, na Constituição Federal 1988 e na lei nº 8.080/1990, destaca as expressões da questão social ao se falar “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante as políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, artigo 196). São por meios de alguns fatores que se pode fazer uma análise crítica sobre a realidade social do usuário.

Neste contexto, dentro da instituição do HUJB/EBSERH, tem como objetivo principal no setor de Serviço Social, juntamente com as unidades de internações, a organização no processo de trabalho do setor. Sendo assim, prestar assistência de forma integrada e humanizada; ampliar o cuidado com os pacientes em vulnerabilidade social dentro da instituição; está sempre em constante diálogo com a equipe multiprofissional sobre fluxo, organização e atuação na instituição; articular com a rede de apoio, continuidade do atendimento quando verificada situação de vulnerabilidade social; verificar a existência de rede de apoio familiar e comunitária a fim de dar seguimento as necessidades do paciente.

O Serviço Social do HUJB está inserido no Setor da Unidade Multiprofissional, sendo composto por 06 Assistentes Sociais, que atuam diariamente em regime de trabalho de plantões das 07h às 19h e das 19h às 07h, sendo um profissional por plantão. As atribuições, competências e responsabilidades dos profissionais de Serviço Social, na saúde e em outros espaços ocupacionais, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constados no Código de Ética Profissional, na Lei que Regulamenta a Profissão, nas Diretrizes Curriculares que nos direcionam nas entidades representativas da categoria (ABEPSS, CFESS, CRESS e ENESSO), que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais, estudantes, quanto pelas instituições empregadoras.

A atuação da equipe multiprofissional e do serviço social no HUJB é pautada pela organização das atividades através do sistema AGHU, pelo acolhimento e assistência integral aos usuários, e pela realização de intervenções sociais e encaminhamentos à rede de apoio. A participação em visitas multiprofissionais e o registro adequado das informações garantem a eficácia e a qualidade do atendimento prestado, sempre respeitando os princípios éticos e legais da profissão. Nesse viés, o serviço social tem a responsabilidade de socializar as informações coletadas, respeitando sempre o sigilo profissional.

A atuação profissional dentro do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB) é permeada por uma série de desafios que envolvem desde a superficialidade do contato com o usuário até a dinâmica burocrática do ambiente hospitalar. Diante disso, foram pontuados os principais obstáculos enfrentados pelos profissionais, em especial os assistentes sociais, destacando-se a questão da identificação de vulnerabilidades sociais, a alimentação do sistema AGHU, os encaminhamentos à rede externa, e a emissão de declarações para acompanhantes.

A rapidez das internações no HUJB dificulta a identificação de possíveis vulnerabilidades ou demandas sociais por parte dos profissionais. Geralmente, somente quando a vulnerabilidade se encontra agravada é que se torna perceptível por algum fator individual, o que limita a intervenção precoce e eficaz por parte dos assistentes sociais.

O AGHU, adotado como padrão para todos os Hospitais Universitários Federais da rede EBSEERH, desempenha um papel fundamental na organização das atividades da equipe multiprofissional. Através desse sistema, são registradas as admissões, altas, transferências, intercorrências e outras demandas, tornando as atividades mais burocráticas e sistematizadas. É essencial que os profissionais estejam atentos às atualizações no sistema, a fim de garantir um atendimento integral e eficaz aos usuários. Sempre pelo processo de primeiro contato com o paciente, realizando a entrevista social, anamnese, posteriormente no decorrer da internação será realizada a evolução diária, que se faz com visita aos leitos, fazendo o acompanhamento mais próximo e humanizado, para maior percepção de alguma demanda social, até o momento de alta hospitalar.

Se no decorrer da internação do usuário da clínica médica ou Unidade da Criança e do Adolescente (UCA), houver o reconhecimento de que se precisa ser feita alguma intervenção para o CREAS, CRAS ou Conselho Tutelar, isso será feito

de forma muito limitada e muitas vezes sem nenhuma devolutiva por parte dos órgãos acionados, quer seja no município de Cajazeiras ou os demais municípios que compõem a 9ª região de saúde. Ou seja, apesar da importância dos encaminhamentos à rede externa, a articulação com os órgãos municipais, como o CREAS, CRAS ou Conselho Tutelar, é limitada. A falta de intervenção por parte da rede após o encaminhamento realizado pelo HUJB acarreta uma responsabilidade parcial do hospital, que se vê limitado em suas ações devido à ineficácia da rede de apoio local.

Outro aspecto relevante é a emissão de declarações para acompanhantes, tarefa atribuída aos assistentes sociais, mas que poderia ser executada pelos profissionais da portaria. Embora essa não seja uma função idealmente desempenhada por eles, a falta de controle preciso sobre os acompanhantes torna essa emissão uma prática necessária. A documentação é registrada nos sistemas eletrônicos e físicos da instituição, bem como em livros de ocorrências e planilhas de fluxo dos pacientes.

O livro de ocorrência é outro instrumento utilizado pela equipe para informar sobre os acontecimentos do plantão anterior, ou seja, nada fica sem ser registrado. A planilha é outro instrumento utilizado pela equipe, contendo todas os registros de entrevistas, evoluções sociais, declarações para acompanhante, caso tenha sido emitida. Fica registrado na planilha, transferências, altas e óbitos, com o objetivo de ter o controle do quantitativo dos pacientes.

Ademais, as visitas são feitas diariamente, porém as evoluções da clínica médica e da UCA, são feitas em dias alternados, podendo ter mudanças conforme as demandas. O passo seguinte é realizar o acolhimento social e tem como objetivo, criar vínculos com o usuário e ter abertura para realizar a escuta, conhecer a situação em que ele se encontra e orientar sobre a rotina do hospital. Posterior a isso, se inicia a entrevista social, que é aplicada exclusivamente pelo profissional de serviço social e/ou estagiário, sob a supervisão do assistente social com o intuito de conhecer a situação socioeconômica e familiar dos usuários com a finalidade de subsidiar a intervenção profissional viabilizando o acesso aos direitos sociais.

As visitas diárias e as evoluções nas clínicas médica e UCA são parte integrante da rotina do serviço social, sendo realizadas em dias alternados conforme as demandas. O acolhimento social precede a entrevista social, que visa conhecer a situação socioeconômica e familiar dos usuários, subsidiando assim as intervenções

profissionais. Identificadas as demandas, são feitas as intervenções necessárias e encaminhamentos à rede de apoio, com a elaboração de relatórios sociais.

Vale elencar algumas demandas que foram identificadas pelo profissional de serviço social e/ou por outro profissional da equipe multiprofissional e assim, feitas as intervenções possíveis para cada caso, encaminhando relatório social à rede de apoio cabível, dando continuidade ao processo, quando necessário. E com o intuito de debater, socializar e apresentar soluções para as demandas apresentadas, o assistente social participa da visita multiprofissional com a equipe, atualizando as situações de alta e evoluções dos usuários. Com todas as informações, o profissional e/ou a estagiária abre a evolução social no prontuário do paciente no AGHU, socializando informações importantes com a equipe multiprofissional, porém, resguarda as de aspecto sigiloso, segundo o art. 16 do Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Além disso, foram feitas declarações para os acompanhantes, quando necessário, entrega das evoluções de alta ou outra demanda nos prontuários nas clínicas cirúrgica, na clínica médica e na UCA.

O assistente social participa das visitas multiprofissionais, atualizando a equipe sobre situações de alta e evoluções dos usuários. As informações relevantes são registradas no prontuário do paciente no AGHU, resguardando sempre o sigilo profissional. Além disso, são emitidas declarações para acompanhantes quando necessário, e as evoluções são registradas nos prontuários das clínicas cirúrgica, médica e na UCA.

Portanto, a atuação da equipe multiprofissional e do serviço social no HUJB é pautada pela organização das atividades através do sistema AGHU, pelo acolhimento e assistência integral aos usuários, e pela realização de intervenções sociais e encaminhamentos à rede de apoio. A participação em visitas multiprofissionais e o registro adequado das informações garantem a eficácia e a qualidade do atendimento prestado, sempre respeitando os princípios éticos e legais da profissão. Nesse viés, o serviço social tem a responsabilidade de socializar as informações coletadas, respeitando sempre o sigilo profissional.

3.3 DEMANDAS E DESAFIOS POSTOS AO TRABALHO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NO ÂMBITO HOSPITALAR

A profissão enfrenta alguns desafios, principalmente na superação de atividades técnico-burocráticas, nas quais o assistente social precisa criar alternativas profissionais, para além de sua atribuição, pôr em foco à ação técnico-operativa e ético-política, contribuindo assim, na viabilização da participação popular, democratização das instituições, elevação da consciência sanitária e da ampliação dos direitos sociais. Por outro lado, essa realidade reflete a sobrecarga e a falta de recursos enfrentadas pelo sistema de saúde, o que limita a efetividade dos serviços e impõe desafios adicionais ao trabalho do assistente social. Assim, faz-se necessário a busca por apoio e parcerias externas, por meio de políticas eficazes para suprir lacunas e garantir um atendimento adequado, promovendo assim ações e soluções para as situações emergenciais e complexas enfrentadas pelos usuários (PAIXÃO; CORREA, 2018).

Essa interação com redes e contatos pessoais reforça a importância da articulação e do trabalho em rede no contexto do serviço social no hospital, permitindo o acesso a recursos e informações que possam contribuir para a assistência e o suporte necessários. Além disso, ressalta-se a necessidade de uma abordagem sensível e humanizada por parte dos Assistentes Sociais, que, em meio às limitações do sistema, buscam formas alternativas de promover o bem-estar e atender às demandas específicas dos usuários, visando mitigar as dificuldades e oferecer suporte integral no âmbito hospitalar (PAIXÃO; CORREA, 2018).

A má qualidade dos serviços prestados na saúde pública é resultante da má distribuição de recursos, que favorece o setor privado em detrimento da política de saúde pública. Essa realidade se evidencia pela redução do número de profissionais de saúde, escassez de medicamentos, demora no agendamento de consultas, falta de leitos e falta de equipamentos para exames. Diante dessas limitações, os profissionais de saúde, incluindo os assistentes sociais, são desafiados a atuar de acordo com as possibilidades existentes, buscando soluções alternativas e priorizando a atenção às necessidades mais urgentes dos usuários. Nesse contexto, o trabalho dos assistentes sociais adquire um papel crucial na identificação e encaminhamento dos pacientes para os recursos disponíveis, além de oferecer suporte emocional e orientação sobre direitos e políticas sociais, visando minimizar os impactos causados pela precariedade do sistema de saúde (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

É fundamental ressaltar que a superação das limitações enfrentadas na saúde pública requer uma abordagem abrangente, que inclua ações de mobilização social, defesa de direitos e intermediação por políticas públicas mais eficientes. A atuação dos assistentes sociais se insere nesse contexto, contribuindo para a conscientização da população sobre seus direitos à saúde, participando de movimentos sociais e fortalecendo a articulação entre diferentes atores envolvidos na busca por melhorias no sistema de saúde. Somente por meio de esforços conjuntos e um engajamento contínuo é possível promover mudanças significativas e garantir o acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade para toda a população (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

É evidente que o profissional de Serviço Social enfrenta diversos desafios no desempenho de seu trabalho, buscando cumprir o Código de Ética da profissão e, ao mesmo tempo, responder às demandas da instituição em que atua. A atual realidade em relação aos direitos sociais reflete-se na fragmentação e precarização do trabalho social, resultado da escassez de recursos financeiros, baixos salários e falta de espaços físicos adequados. É importante ressaltar que o assistente social também está inserido no contexto do sistema capitalista, o qual influencia e molda as condições de sua atuação profissional (PAIXÃO; CORREA, 2018).

Dessa forma, a instrumentalidade do exercício profissional deve ser dinâmica e estar em constante atualização, evitando o conformismo com as rotinas diárias e acompanhando as mudanças e demandas da sociedade. Isso implica que o assistente social deve buscar elementos e abordagens que possam responder de maneira positiva aos problemas que lhe são atribuídos, buscando soluções inovadoras e efetivas (GUERRA, 2000).

A atuação profissional no HUJB se depara com uma série de desafios, que vão desde a superficialidade do contato com o usuário até a dinâmica burocrática do ambiente hospitalar. A identificação precoce de vulnerabilidades sociais, a articulação com a rede externa e a emissão de documentos são apenas alguns dos aspectos que demandam uma análise.

Os desafios e demandas enfrentados pelos assistentes sociais no contexto hospitalar são multifacetados e demandam uma compreensão ampla das dinâmicas sociais, institucionais e políticas que permeiam esse campo de atuação. Paixão e Correia (2018) ressaltam a importância de uma abordagem crítica e reflexiva por parte dos profissionais, destacando que a atuação no hospital vai além do aspecto

técnico, envolvendo também uma análise contextualizada das condições de vida dos usuários e das políticas de saúde.

Behring e Boschetti (2007) apontam para o desafio da interdisciplinaridade no ambiente hospitalar, onde diferentes profissionais e áreas de conhecimento convergem para o cuidado integral do paciente. Nesse sentido, o assistente social enfrenta a necessidade de articular-se com equipes multidisciplinares, garantindo uma intervenção integrada e eficaz.

Guerra (2000) destaca a complexidade dos casos atendidos pelo assistente social no hospital, que muitas vezes envolvem questões de saúde, família, trabalho, renda e acesso aos direitos sociais. Diante disso, é fundamental que o profissional esteja preparado para lidar com situações diversas e para oferecer um atendimento humanizado e respeitoso aos usuários. Assim, fica evidente a importância de uma atuação eficiente e reflexiva do Serviço Social na esfera da saúde. É essencial que os assistentes sociais estejam alinhados com os movimentos sociais e usuários que lutam pela plena concretização do SUS, resistindo às mudanças propostas pelos governos que possam descaracterizar a essência original do SUS como um direito universal.

Além disso, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em sua resolução de 2000 reforça a importância da defesa dos direitos dos usuários e da promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde. No entanto, os assistentes sociais frequentemente se deparam com obstáculos institucionais e estruturais que limitam sua atuação, como a falta de recursos, a burocracia e as pressões para uma prática mais assistencialista e menos crítica.

Portanto, os desafios e demandas específicas do trabalho dos/as assistentes sociais no âmbito hospitalar exigem uma postura proativa, crítica e comprometida com os princípios éticos e políticos da profissão. É necessário investir na formação continuada desses profissionais, na articulação com movimentos sociais e na defesa de políticas públicas que garantam o acesso universal e integral à saúde. A atuação do assistente social no hospital é fundamental para a garantia dos direitos dos usuários e para a construção de uma sociedade justa e igualitária.

No que se refere aos desafios do serviço social na unidade de saúde, vale ressaltar a realidade local, as condições precárias de trabalho, a falta e o sucateamento das políticas públicas e a dificuldade de acesso aos direitos sociais, a luta da categoria profissional para reverter às exigências neoliberais e as expressivas

questões sociais. É de extrema importância que as atribuições do assistente social sejam socializadas para conhecimento da equipe multiprofissional e dos demais profissionais da saúde, pois a falta de informação sobre a real competência e atribuições do serviço social acaba por lhe requisitar ações que não são de sua alçada.

Observa-se que, com a tendência de redução do Estado, tem-se a diminuição do espaço profissional do assistente social mediante os processos de diminuição das despesas estatais na órbita da esfera social, acarretando a racionalização dos gastos sociais com as políticas sociais, com implicações nos postos de trabalho para o assistente social na esfera pública, com a diminuição de demandas, sucateamento do aparato organizacional e institucional, a precarização das condições de trabalho, principalmente em face do perigo da terceirização (ALENCAR, 2009, p. 458).

Portanto, é categórico que os assistentes sociais atuantes no âmbito hospitalar sejam agentes ativos na busca por uma prática cada vez mais comprometida com a garantia dos direitos dos usuários e com a consolidação dos princípios do SUS. A pesquisa realizada e as reflexões obtidas contribuirão não apenas para o aprimoramento da prática profissional, mas também para o fortalecimento do serviço social como instrumento em defesa da justiça e equidade na saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concretização da pesquisa aqui apresentada proporcionou um rico processo de troca de conhecimentos com todos os indivíduos envolvidos, colegas de sala, coordenador de estágio, supervisor de campo, assistentes sociais, profissionais da saúde e de diversos espaços ocupacionais, bem como o contato com os usuários internos do hospital HUJB, instituição onde foi realizado. Além de possibilitar a observação e reflexão sobre a atuação do assistente social no âmbito hospitalar, às atribuições e competências, como também as contribuições e desafios. Dessa maneira, é de suma importância que as atribuições do assistente social sejam socializadas para conhecimento da equipe multiprofissional e dos demais profissionais da saúde, pois a falta de informação sobre a real competência e atribuições do serviço social acaba por lhe requisitar ações que não são de sua alçada.

O objetivo dessa pesquisa foi desenvolver uma análise das atividades realizadas pelos assistentes sociais, assim como as dificuldades, demandas e atribuições do assistente social nesta unidade de saúde. Diante disso, é observado algumas falhas institucionais em relação a troca de acompanhante no setor de serviço social quanto a emissão de declaração na UCA, na Unidade de Clínica Médica (UCM) quando o usuário é idoso ou tem alguma limitação, assim como também na Clínica Cirúrgica, quando necessário, onde não se tem o registro fiel dos acompanhantes dos pacientes internos, deixando os profissionais do serviço social inseguros ao afirmar se o referido acompanhante permaneceu o tempo todo com o usuário.

Portanto, uma atuação eficiente e reflexiva do serviço social na esfera da saúde implica em estar conectado e em sintonia com o movimento dos trabalhadores e usuários que lutam pela plena concretização do SUS. Além disso, envolve facilitar o acesso universal de todos os usuários aos serviços de saúde da instituição, adotando uma abordagem comprometida e inovadora que não se submeta à implementação de mudanças propostas pelos governos, as quais descaracterizam a essência original do SUS como um direito (CFESS, 2010).

Ao longo deste trabalho, buscamos compreender a atuação e as demandas impostas aos assistentes sociais no Hospital Universitário Júlio Bandeira, situado na cidade de Cajazeiras – PB. Os objetivos específicos delineados proporcionaram uma

análise dessa realidade complexa, destacando tanto as atividades e intervenções cotidianas desses profissionais quanto os desafios que enfrentam no âmbito hospitalar.

Ao abordar de que forma a atuação do assistente social pode viabilizar a defesa e a garantia do direito social à saúde, observamos que, por meio de suas intervenções, esses profissionais se tornam agentes efetivos na materialização das diretrizes do SUS. Sua atuação não se restringe apenas à esfera clínica, mas se estende à defesa do acesso universal, à promoção da equidade e à garantia de um ambiente propício à recuperação e ao bem-estar dos usuários.

Adentramos ao debate acerca da política de saúde no Brasil, reconhecendo sua construção como uma luta histórica e a consolidação do SUS como um marco nesse processo. No entanto, também observamos os desafios impostos pelo neoliberalismo e suas contrarreformas, que têm impactado diretamente na implementação efetiva do SUS e na prestação de serviços de saúde de qualidade à população. No contexto dos Hospitais Universitários Federais, percebemos a importância crucial dessas instituições na formação profissional, na pesquisa e na assistência à saúde, desempenhando um papel fundamental na garantia do acesso universal e integral à saúde.

Direcionamos nosso foco para o papel e as funções do assistente social no âmbito hospitalar. Identificamos os desafios e demandas específicas enfrentados por esses profissionais, que vão desde a complexidade dos casos atendidos até as limitações estruturais e de recursos dos hospitais. Reconhecemos que o assistente social desempenha um papel crucial na articulação entre os diferentes setores e profissionais de saúde, na promoção da equidade e na garantia dos direitos dos usuários, atuando como um agente de transformação social dentro do contexto hospitalar. Além disso, destacamos a importância do serviço social na política de saúde, como uma ferramenta essencial para a efetivação dos princípios do SUS e para a construção de uma sociedade justa e igualitária.

A estrutura deste trabalho seguiu uma progressão lógica, iniciando com o embasamento teórico sobre a política de saúde no Brasil e a construção do SUS, para então explorar o papel e as funções do assistente social no contexto hospitalar. Em síntese, este estudo evidencia a importância do assistente social no contexto hospitalar, ressaltando sua relevância acadêmica, social e profissional, e reafirmando a necessidade de uma atuação comprometida com os princípios éticos

e políticos do Serviço Social na promoção da saúde e na defesa dos direitos humanos. Assim, foi possível entender, de certa forma, como esses profissionais desempenham um papel essencial na garantia do acesso à saúde e na concretização de políticas públicas voltadas para o bem-estar da população.

Em suma, ao finalizar este trabalho, é fundamental ressaltar que as reflexões aqui apresentadas são parte de um processo contínuo de aprendizado e questionamento, sujeito a revisões e novas descobertas. Nesse sentido, este estudo busca contribuir para a ampliação do debate sobre o papel do assistente social no contexto hospitalar e para o aprimoramento das políticas de saúde no Brasil, sempre pautado pela defesa da dignidade humana e pela promoção da justiça social.

REFERÊNCIAS

- ALASZEWSKI, A. **Using diaries for social research**. 2ª ed. London: SAGE, 2006.
- ALENCAR, M. **O trabalho do assistente social nas organizações privadas não lucrativas**. Brasília: Serviço Social – Direitos Sociais e Competências Profissionais, 2009.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Política Nacional de Estágio da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**. Brasília: ABEPSS, 2009.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESCOLAS DE SERVIÇO SOCIAL (ABESS/CEDEPSS). **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1997.
- BARRETO, A. B. O trabalho do serviço social e a continuidade da atenção em saúde: uma experiência no ambulatório de oncologia do Hospital Universitário Antônio Pedro. *In* **16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. 2019. Brasília, DF. Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. 2019. p. 1-12.
- BEHRING, E. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2008.
- BEMRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 2ª ed. São Paulo: Cortez. 2009.
- BRASIL. Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, 2016.
- COHN, A.; ELIAS, P. E. M. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 6ª ed. São Paulo: CEDEC, 2005.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.
- COSTA, M. D. H. Saúde e intersetorialidade: os desafios à articulação intersetorial entre saúde, habitação e saneamento. **Revista de Políticas Públicas**, v. 22, p. 1311-1326, 2018.
- EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Regimento Interno da EBSERH**. 3ª ed. São Paulo: EBSERH, 2016.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- GUERRA, Y. **Instrumentalidade do processo de trabalho e serviço social**. 2000. Não publicado.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO BANDEIRA DE MELLO (HUJB). **Procedimento de normas e rotinas para visitantes e acompanhantes dos pacientes internos.** Cajazeiras: HUJB, 2021.

MAIA, H. A.; CANUTO, O. M. C. A inserção de assistente social na Unidade de Acidente Vascular Cerebral em um hospital terciário do SUS: relato de experiência. **Serviço Social e Saúde**, v. 17, n. 2, p. 314-336, 2018.

MEDCURSO. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS): do internato à residência. **Medicina Preventiva**, São Paulo, [s.l.], 2003.

MEDEIROS, L. L. S. **Serviço social na gestão da Saúde Pública no HJPB Natal/RN em contexto pandêmico:** demandas, desafios e estratégias no exercício profissional do assistente social nos caminhos para implementação da comissão de saúde e qualidade de vida no trabalho. Orientador: Maria Célia Correia Nicolau. 2022. 59 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022.

MELO, P. C.; CORREA, G. C. S. **A atuação do assistente social em âmbito hospitalar:** uma abordagem a partir do hospital e maternidade municipal de São José de Ribamar (MA). 2018. Não publicado.

PIANA, C. M. **O serviço social na contemporaneidade:** demandas e respostas. São Paulo: Editora UNESP, 2021.

SILVA, A. P. O. da *et al.* **Carta de serviços ao usuário.** Campina Grande: Universidade Federal de Campina Grande, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hujb-ufcg/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/CartadeServiosJANEIRO2023Maro.pdf>. Acesso em: 18 de março de 2024.