



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

MARIA DO SOCORRO QUEIROGA FERREIRA DE ALENCAR

**ANÁLISE DA PRÁTICA PROFISSIONAL DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS
NO HOSPITAL MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES - HRS NO MUNICÍPIO DE
SOUSA-PB**

SOUSA/PB

2016

MARIA DO SOCORRO QUEIROGA FERREIRA DE ALENCAR

**ANÁLISE DA PRÁTICA PROFISSIONAL DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS
NO HOSPITAL MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES – HRS NO MUNICIPIO DE
SOUSA-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito final para a
conclusão do Curso de Serviço Social
pela Universidade Federal de Campina
Grande-Campus-Sousa-PB.

Orientadora: Paloma Maria Gomes
Jácome

SOUSA/PB

2016

MARIA DO SOCORRO QUEIROGA FERREIRA DE ALENCAR

**ANÁLISE DA PRÁTICA PROFISSIONAL DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NO
HOSPITAL MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES - HRS NO MUNICIPIO DE SOUSA-
PB**

Monografia aprovada em ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof^a. Paloma Maria Gomes Jácome

Orientadora

Prof. Ms. Luan Gomes dos Santos de Oliveira

Membro

Marta Lopes de Oliveira

Membro

SOUSA/PB

2016

AGRADECIMENTOS

Ao longo desses quatro anos, após ter percorrido um caminho tão árduo e cheio de dificuldades, eis que chega a hora de concluir esta nova etapa em minha vida, por isso nada mais justo agradecer primeiramente ao Senhor Deus por ter me dado à oportunidade de realizar mais este sonho e em todos os momentos fortaleceu a minha fé.

Agradecer ao meu esposo, o Sr. Antônio Marcos de Alencar por ter me incentivado a fazer este curso e em todos os momentos de dificuldades esteve ao meu lado.

Aos meus pais e demais membros da minha família pela compreensão e colaboração.

A todos/as os/as Assistentes Sociais do Hospital Deputado Manoel Gonçalves de Abrantes, especialmente a minha orientadora de campo Marta Lopes de Oliveira por sua dedicação, incentivo e compreensão.

A minha querida orientadora Palloma Maria Gomes Jácome pela dedicação, paciência, compreensão, por ter me abraçado por tantas vezes que pensei em desistir, e por não ser apenas uma orientadora, mas uma amiga, um exemplo de profissional e mulher, a qual levarei seus ensinamentos por toda minha vida.

A todo o corpo docente do Curso de Serviço Social, da Universidade Federal de Campina Grande, Campus – Sousa por seus ensinamentos que por meio da transmissão de seus conhecimentos contribuíram para nos tornamos pessoas melhores e ver o mundo com outro olhar.

Muito Obrigada!

RESUMO

O Trabalho de Conclusão de Curso apresenta uma análise da prática profissional dos/as Assistentes Sociais no Hospital Deputado Manoel Gonçalves de Abrantes no município de Sousa-PB. Realizamos uma breve explanação da contextualização da política de saúde no Brasil: aspectos históricos, perpassando por momentos importantes como a construção do projeto de reforma sanitária, Sistema Único de Saúde, seus avanços e desafios na conjuntura atual diante de um cenário marcado pela privatização, focalização e descentralização do Estado neoliberal. Debateu-se também a prática do assistente social na saúde e a atuação dos/as assistentes sociais nessa política verificando os desafios da prática profissional dos/as assistentes sociais dando respostas frente às demandas apontadas no seu cotidiano do trabalho. Os procedimentos metodológicos utilizados foram uma pesquisa realizada de caráter exploratório, o diário de campo e a entrevista semi-estruturada com roteiro previamente elaborado para a coleta de dados que foram realizadas com o consentimento dos sujeitos da pesquisa. Os dados foram analisados numa perspectiva analítico-crítico a partir de uma abordagem fundamentalmente qualitativa, por meio da técnica de análise de conteúdo das falas.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde. Sistema Único de Saúde. Reforma sanitária. Política neoliberal

ABSTRACT

Work Completion of course presents an analysis of the professional practice of / the Social Workers at the Hospital Mr Manoel Gonçalves de Abrantes in the municipality of Sousa-PB. We conducted a brief explanation of the context of health policy in Brazil: historical aspects, passing by important moments like the construction of the health reform bill, the Unified Health System, its advances and challenges in the current situation facing a scenario marked by privatization, focusing and decentralization of the neoliberal state. It also discussed the practice of social worker in the health and performance of / social workers in this policy by checking the challenges of professional practice of / social workers giving opposite responses to the demands outlined in their daily work. The methodological procedures used were a realized exploratory research, field diary and semi-structured interviews with previously prepared script to collect data that were carried out with the consent of the research subjects. Data were analyzed in an analytical and critical perspective from a primarily qualitative approach using content analysis technique of speech

Keywords: Social service. Health. Health System . Health reform. neoliberal policy

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABEPSS:** Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
- AIS:** Ações Integradas de Saúde
- ANS:** Agência Nacional de Saúde Suplementar
- ANVISA:** Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- BIRD:** Banco Interamericano de Desenvolvimento
- CAPs:** Caixas de Aposentadorias e Pensões
- CF:** Constituição Federal
- CRESS :** Conselho Regional de Serviço Social
- CEME:** Central de Medicamentos
- CFESS:** Conselho Federal de Serviço Social
- CNS:** Conselho Nacional de Saúde
- DATAPREV:** Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
- FUNABEM:** Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor
- IAPAS:** Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
- INPS –** Instituto Nacional de Previdência Social
- INAMPS:** Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- IAPs:** Institutos de Aposentadorias e Pensões
- INAMPS:** Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- LBA:** Legião Brasileira de Assistência
- LOS:** Lei orgânica da Saúde
- MARE:** Ministério da Administração e Reforma do Estado
- MEC:** Ministério da Educação e Cultura
- MS:** Ministério da Saúde
- NOB:** Norma Operacional Básica
- NOAS:** Normas Operacionais da Assistência a Saúde
- OMS –** Organização Mundial da Saúde
- PAIS:** Programa de Ações Integradas de Saúde

SINPAS: Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social

SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ASPECTOS HISTÓRICOS	11
1.1 Antecedentes da atuação estatal	11
1.2 Construção do Projeto de Reforma Sanitária	16
1.3 O Sistema Único de Saúde (SUS) entre o real e o formal	19
2. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: ALGUMAS REFLEXÕES	24
2.1 A inserção dos/as Assistente Social na Saúde.	27
2.2 Entre avanços e retrocessos na Política de Saúde	31
2.3 A saúde pública no Brasil nos governos Lula e Dilma.	34
3. A ATUAÇÃO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NO HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA/PB	37
3.1 Campo de Estágio	41
3.2 Análise dos Dados da Pesquisa	Erro! Indicador não definido.
3.2.1 Resultado da Pesquisa	Erro! Indicador não definido.
CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICES	55
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	56
ROTEIRO DE ENTREVISTA	57

INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve como objetivo analisar o exercício profissional dos/as assistentes sociais no Hospital Regional no município de Sousa-PB de acordo com as atribuições privativas do Serviço Social.

Na atual conjuntura, devido à política de ajuste fiscal impetrada pelo neoliberalismo, a economia do país sofre grandes impactos, pois tem como objetivo o corte de gastos nas políticas públicas em todas as suas esferas, tornando-as cada vez mais precarizadas e fragmentadas, provocando, conseqüentemente, o agudizamento da “questão social” em todas as suas expressões.

Neste sentido, colocou-se a necessidade analisar a prática profissional do assistente social junto ao Serviço Social do Hospital Deputado Manoel Gonçalves de Abrantes, no município de Sousa-PB, desvelando as atividades desenvolvidas pelos/as assistentes sociais no Hospital Regional de Sousa/PB, identificando os limites e possibilidades para a atuação dos/as profissionais de Serviço Social no Hospital Regional de acordo com as atribuições privativas estabelecidas nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde e identificar a percepção dos/as assistentes sociais sobre as atividades desenvolvidas.

Destarte, nesse contexto, os/as assistente sociais se deparam com uma série de desafios em todos os espaços sócio-ocupacionais de intervenção, sendo o principal deles a efetivação do projeto ético-político profissional.

Daí se dá a necessidade dos/as assistentes sociais terem clareza acerca das suas atribuições e competências. As competências dizem respeito à capacidade para resolver determinada questão, entretanto não é exclusiva de uma particularidade profissional, diz respeito a aptidão dos indivíduos profissionais. Já as atribuições são incumbências próprias do assistente social. Ressaltamos que a lei 8.662, de 07 de junho de 1993, que regulamenta a profissão, traz respectivamente em seus artigos 4º e 5º as competências e atribuições privativas do/a assistente social.

Na perspectiva de subsidiar com mais evidência tais atribuições e competências na área da saúde, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) elaborou no ano de 2010, os Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.

Através da experiência vivenciada em campo de estágio junto ao Serviço Social, no Hospital Deputado Manoel Gonçalves de Abrantes, Sousa – PB no período de estágio supervisionado I e II pôde-se conhecer melhor a prática profissional do Serviço Social, no referido espaço sócio-ocupacional, surgindo o interesse pela temática ora abordada.

Considera-se relevante analisar a prática profissional dos assistentes sociais na saúde no Hospital Regional de Sousa (HRS), devido a importância de compreender acerca da realidade em que os profissionais de Serviço Social estão inseridos/as nas diversas instituições, na medida em que poderá contribuir com elementos que possam qualificar a prática cotidiana do Serviço Social nesse espaço, como também identificar os limites e possibilidades da profissão.

A atuação dos assistentes sociais vem sofrendo uma série de impactos em decorrência da política de corte neoliberal, a qual prega a vigência do Estado “mini-max”, mínimo para o social e máximo para o capital. O projeto neoliberal tem como trinômio: privatização, focalização e descentralização, violando os direitos e conquistas adquiridas pela classe trabalhadora. Neste sentido, o tema é bastante pertinente, pois a política de saúde pública é a área de atuação que mais emprega assistentes sociais no país.

Nessa perspectiva para elucidarmos a apresentação dos resultados deste estudo foi distribuído em três capítulos:

No primeiro capítulo é abordado historicamente a contextualização da política de saúde no Brasil onde se contempla os aspectos históricos da saúde brasileira desde o século XVIII até a contemporaneidade.

O segundo capítulo intitulado “A prática do Serviço Social: algumas reflexões trazendo algumas mudanças ocorridas na prática profissional.

O terceiro capítulo apresenta a pesquisa exploratória realizada junto as/os assistentes sociais do HRS e o desafios, respondendo as demandas apresentadas no seu cotidiano de trabalho marcado pela política de regressão de direitos sociais.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ASPECTOS HISTÓRICOS

1.1 Antecedentes da atuação estatal

No século XVIII, ainda como colônia de Portugal, o Brasil tinha a sua economia voltada para o abastecimento da metrópole, destinando seus recursos naturais. No setor político prevalecia o latifundiário vinculando-se ao sistema escravocrata. Já no âmbito da saúde vivia-se um estágio crítico por causa da grande proliferação das doenças e pestilências que alastrava-se na sociedade brasileira, dentre elas pode-se destacar: a varíola, a febre amarela, a leishmaniose, a tuberculose, a malária entre outras, onde os serviços oferecidos eram extremamente precários e convencionais. Então, os serviços de saúde resumiam-se a prática liberal- para aqueles que podiam custear, e as práticas filantrópicas para aqueles que não podiam pagar pelos serviços, sendo estes atendidos pela Santas Casas de Misericórdia.

Ocorrem muitas mudanças no século XIX nos setores políticos e econômicos. Com ressalva para o setor econômico caracterizando-se pela: origem do modelo capitalista brasileiro, a organização da classe trabalhadora constituída pelos escravos e os imigrantes europeus, os quais começaram a se estabelecer no Brasil, vivendo em condições precárias e insalubres, fatores estes que favoreceram para a propagação de doenças infectocontagiosas, elevando altos índices de doenças e pestilências na segunda metade do século XIX. Uma “[...] parcela da população vivia em condições angustiantes. Amontoam-se em bairros insalubres junto às aglomerações industriais, em casas infectadas, sendo muito frequente a carência – ou mesmo a falta absoluta – de água, esgoto e luz” (Iamamoto, p.129,2009).

Nesta perspectiva foi lançada em 1850 a Junta de Higiene Pública, delegada para cuidar das condições salubres, e designando uma Comissão de Engenheiros, cuja responsabilidade era de melhorar o saneamento na cidade do Rio de Janeiro. E ainda em meados do século XIX surgem às associações mutuaristas, que tinha como finalidade oferecer auxílio médico - farmacêuticos, invalidez, velhice e funerais, entre outros; que após alguns anos passou a assumir uma natureza reivindicatória.

Na mudança do século XIX para o século XX, devido aos problemas sociais e de saúde a classe trabalhadora começa a se rebelar, os movimentos sociais, que através de sua organização passam a exigir e lutar por questões relacionadas às condições de vida e acerca dos serviços de saúde. É no início do século XX que a saúde é compreendida como “Questão Social” inserido no contexto da divisão do trabalho e do avanço do trabalho assalariado.

“No século XVIII a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação do movimento operário, no início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 30.(BRAVO, 2000, p.89-90)”.

É ainda, no século XX, que devido ao quadro epidêmico que se instalará no Brasil prejudicando o setor econômico que o então presidente da época Rodrigues Alves toma algumas medidas para a concretização do programa de saneamento do Rio de Janeiro, sob argumento de que estas medidas seriam necessárias para combater a propagação de doenças contagiosas.

Assim, Rodrigues Alves nomeia o médico e pesquisador Oswaldo Cruz, cujo este foi responsável por escolher as campanhas sanitárias como paradigma de intervenção. Em 1904 houve a campanha de vacinação contra a varíola tinha caráter obrigatório e em caso de resistência poderia usar a força, que veio a gerar insatisfação nas pessoas e como conseqüência conflitos entre cidadãos e forças do governo.

É ainda nos anos 20, mais precisamente em 1923 que a Reforma Carlos Chagas, “tenta ampliar à saúde por parte do poder central, constituindo-se umas das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise em curso sinalizada pelos tenentes a partir de 1922(Bravo, 2013, p.112)”.

Neste mesmo período surge as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) criadas pela Lei Eloy Chaves, significando uma vitória dos movimentos sociais, abrindo o caminho para que outras medidas pudessem surgir para a proteção social dos trabalhadores, sendo esta considerada precursora da Previdência Social.

. As CAP's eram pagas de acordo com o tempo de contribuição, e somente algumas categorias profissionais tinham acesso, como os ferroviários, estivadores e os marítimos, estes foram os pioneiros e as demais categorias só conseguiram a partir dos anos 30. De acordo, COHN (2003, p.14)

“Data de 1923 a instituição no Brasil, por iniciativa do poder central, das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado.[...]. As CAP's, organizadas por empresas, por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva, tinham como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus filiados e dependentes”.

A década de 30 pode ser caracterizada pelo surgimento das políticas sociais direcionada para os problemas sociais e a saúde, já sinalizadas na década de 20. Momento em que devido ao processo industrial, crescimento urbano e as reivindicações dos trabalhadores, colocam-se a necessidade do Estado redefinir seu papel através de políticas públicas sobre o desprovimento da classe.

Neste sentido, é na década de 30 que o Estado começa a agir sobre as refrações da “questão social”, momento em que a questão saúde, já vinha sendo sinalizadas pelos movimentos sociais nos anos 20. De acordo com Bravo

as questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. (BRAVO, 2014, p.95).

Desta forma, nesta fase a política saúde foi compreendida em dois níveis: saúde pública e previdenciária. O setor da saúde pública enfatizava a necessidade de criação de condições sanitárias mínima para a população urbana e rural por meio de campanhas sanitaristas, predominante até a década de 1960, já o setor da saúde previdenciária caracterizava-se através das ações das CAPs, que depois vieram a se realizar por meio dos IAP's (institutos de aposentadorias e pensões) tendo uma cobertura um pouco mais ampla que as CAP's, vindo a ser predominante a partir de 1966.

A medicina previdenciária foi uma estratégia utilizada para que fossem ampliados os benefícios a categorias de trabalhadores urbanos, mas sem realizar

uma cobertura universalizada para toda a população, o foco era apenas prevenir possíveis reivindicações da classe trabalhadora.

Os anos 1945-1950 apresentam uma conjuntura com características de que a política nacional de saúde poderia vir a se estabelecer através destas medidas: O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a segunda guerra mundial, em convenio com o Estado americano e sob patrocínio da fundação Rockefeller, Também nessa época foi criado o plano salte do governo de Dutra, tendo como objetivo realizar melhorias nas áreas da Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, a Saúde. Já no governo do presidente Vargas foi criadas as leis trabalhistas, bem como em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, homologado pela Lei nº 1920, de 25 de. Julho. Porém todas as transformações do período não foram suficientes para eliminar as doenças infecciosas e parasitarias.

Ainda na década de 1950 foram desenvolvidas estruturas da assistência médica previdenciária através dos hospitais, ambulatórios e consultórios médicos cuja prestação dos serviços deu-se de forma privatista visando apenas o lucro, fazendo da saúde uma mercadoria, tornando-a o centro de aplicações dos capitalistas. Durante o regime da ditadura este modelo ganhou espaços, ocorrendo a criação de muitos institutos, onde a intervenção do Estado frente a “questão social” deu-se passando do estágio de repressão a assistência.

Nos anos de 1966 em pleno regime ditatorial, aconteceu a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), com a criação do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS), subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. Com isso houve o crescimento da medicina previdenciária e a saúde pública entrou em decadência

Ainda neste período ocorreram algumas mudanças significativas no campo da saúde. Cabe destacar: “uma expansão da assistência médica da previdência a partir da inclusão dos trabalhadores rurais (1971), das empregadas domésticas (1972) e dos trabalhadores autônomos (1973)”.

A ditadura militar representou uma tendência de desenvolvimento econômico e social estendendo a política assistencial servindo para fortalecer o poder do Estado sobre a sociedade, acentuando as disparidades sociais e a crise na saúde pública.

“Em face da “questão social” no período de 64/74, o Estado utilizou para a sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2009,p.93).

Compreende-se que nos anos de 64 a ditadura militar buscou estabelecer sua hegemonia, contudo seu objetivo não foi atingindo, e como isso foram traçadas novas estratégias para legitimar o poder da burguesia. E por isso, a política social de 74/79 procurou estabelecer medidas para o enfrentamento das refrações da questão social voltadas diminuir as tensões.

Ainda na década de 70, isto é, mais precisamente no ano 1977 foi criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), este órgão era formado por Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). É possível afirmar que tal lógica do INAMPS, predominou como órgão até a criação do SUS, ainda reproduzida no interior do sistema único, mesmo após 20 anos desde sua criação; a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA),o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS); a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social(DATAPREV);a fundação Nacional de Bem-Estar do Menor(FUNABEM)e a Central de Medicamentos(CEME).

Em 1983 foi criado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), seu objetivo era buscar articular todos os serviços que prestavam assistência médica da população e região e integrando as ações preventivas e curativas com vistas à integralização da atenção. Contudo é notório que nos AIS (Ações Integradas de Saúde) os principais aspectos programáticos fazem-se presentes quando da criação do SUS.

Nas décadas de 1970 e 80, instaurou-se uma crise no âmbito da saúde devido ao modelo de saúde previdenciário, o qual não atendia a todos em sua totalidade, contribuindo pra aprofundar as desigualdades sociais. E a partir deste momento uniram-se profissionais da saúde,sociedade civil, movimentos sociais

urbanos e os partidos políticos oposicionistas passaram a reivindicar e lutar por melhores condições de vida e saúde, refutando o Sistema de Proteção Social assegurado pelo Estado.

1.2 Construção do Projeto de Reforma Sanitária

O projeto de reforma sanitária se esboçava, já nos anos 70, contudo só se concretizou a partir dos anos 80, sendo este considerado um divisor de águas marcado pelo processo de democratização política e o fim da ditadura militar, culminando na criação da Constituição Federal de 1988, principal produto da fase de redemocratização do país, documento este que reconhece a saúde como direito de todos e responsabilidade do Estado.

A partir do Movimento da reforma sanitária o debate acerca dos problemas de saúde, tem-se uma proporção maior, passando a contar com a participação de novos sujeitos como:

profissionais da área de saúde, representado pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação de saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor, e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2009, p.95-96)

O marco mais importante desta discussão sobre a questão saúde no país aconteceu em 25 de março de 1986 em Brasília- Distrito Federal. A Conferência tinha como temática “Saúde como direito de cidadania”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”. A VIII Conferência de Saúde contou com a participação de 4.500 pessoas, com o propósito de traçar novos caminhos para a saúde no Brasil, onde foram discutidas as seguintes propostas: a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Único de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas

estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão- os conselhos de saúde (BRAVO, 2009, p.96).

Neste contexto vis-à-vis Constituição, era caracterizada pela disputa de dois projetos, o privatista que atendia aos interesses dos grupos empresariais e das indústrias farmacêuticas e do outro lado o modelo da reforma sanitária.

A Constituição Federal de 1988 é resultado de muitas lutas, conquistas e desafios. No que concerne à área de saúde a CF/88 trouxe novas perspectivas, inserindo cinco artigos (196-200), atendendo quase em sua totalidade as reivindicações do movimento da reforma sanitária. Cabe enfatizar que com CF/1988 passa a integrar a Saúde, à Seguridade Social, ao lado da Assistência Social e a Previdência Social, constituindo o tripé da Seguridade Social no Brasil. Assim, o texto constitucional contempla algumas decisões tomadas na VIII Conferência de Saúde como destaca Teixeira as principais perspectivas aprovadas pela nova Constituição acerca da saúde:

O direito universal a saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não-segurado, rural/urbano; As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde, integrando os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direitos público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; Proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (TEIXEIRA, 1989:50-51)

Durante a conferência foi elaborado um relatório onde este continha às bases para a constituição do Projeto da Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde. O projeto sanitário tinha com objetivo debater sobre os princípios e diretrizes da reforma sanitária, bem como expandir a saúde pública como um direito de todos.

Entretanto, a partir da década de 90 presencia-se uma conjuntura baseada na redefinição do papel do Estado provocada pela política de Ajuste Neoliberal, uma política marcada pelo trinômio: focalização, privatização e descentralização.

Contudo, apesar das dificuldades o projeto da reforma sanitária consegue alguns avanços entre elas vale destacar a regulamentação das Leis Orgânicas da Saúde - LOS, nos anos 90, bem como a realização da 9ª Conferência de Saúde.

Neste sentido, percebemos que os dois projetos passam a entrar em divergência: o projeto de reforma sanitária, criado nos anos 80 e legitimado na Constituição Federal de 1988, e o projeto de saúde vinculado ao mercado ou setor privado, que nos últimos anos vem predominando.

Assim, Teixeira Fleury (1989) coloca com um desafio para esta fase na atual conjuntura afirmando que: “[...] Considera-se que a construção democrática é a única via para conseguir, a Reforma Sanitária e a mobilização política uma de suas estratégias, sendo o desafio colocado para os setores progressistas da Saúde que deveria ser viabilizado na década de 90”.

Diante do exposto em meio a um cenário marcado por lutas, conquistas e desafios, podemos afirmar que houve sim avanços e bastantes significativos, promulgados na Constituição Federal de 1988, cujo texto constitucional consta a afirmação e a extensão da saúde como direito de todos e dever do Estado, Entretanto, a partir dos anos 90 constitui-se um cenário desafiador para os que defendem o projeto da reforma sanitária influenciado pela política neoliberal.

1.3 O Sistema Único de Saúde (SUS) entre o real e o formal

O sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema de saúde universal e abrangente a sociedade cívica, determinado pela Constituição Cidadã de 1988, onde foram atendidas algumas reivindicações dos trabalhadores, inserindo modificações no papel do estado e transformando a estrutura jurídico-institucional. Dessa forma, entre os marcos que se configura na trajetória da Política de Saúde destacam-se: a Constituição Federal de 1988 e o Projeto da Reforma Sanitária que tem como seu principal fruto a criação do Sistema Único de Saúde(SUS), concretizando a saúde como direito. A criação do SUS só foi possível a partir da VIII Conferencia Nacional de Saúde, realizada em 26 de março de 1986, num cenário marcado por muitos debates acerca dos problemas do sistema de saúde, uma assistência medica satisfatória e a ordem de saúde publica. Consolidada na Constituição Federal de 1988, em cinco artigos (1996-200).

Para colaborar com a regulamentação da saúde pública brasileira, é criada em 19 de setembro de 1990 a Lei Orgânica da Saúde (LOS), leinº8.080/90, que também a criada a lei nº 8.142/90 para regulamentar as ações com o objetivo de fiscalizar à prestação dos serviços de saúde. Destarte, nestas leis, fica estabelecido que a saúde faça-se um direito fundamental, positivado de todo cidadão, cuja responsabilidade do Estado o provimento das suas condições mínimas baseada na integralidade e nos demais princípios elencados acima, não se resumindo, portanto, nas ações de saúde limitadas à atenção básica. A Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 – organiza sobre as condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, para o funcionamento do SUS, através de traçando os objetivos e as atribuições; os princípios e as diretrizes; a organização, a direção e a gestão do SUS; as competências e as atribuições entre as três esferas do governo: Federal, Estadual e Municipal; o papel dos serviços privados de assistência a saúde; a política de recursos humanos; e o financiamento, o planejamento e o orçamento na política de saúde.

Já, por sua vez, a Lei Orgânica da Saúde – Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990 – sistematiza sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo as seguintes instâncias colegiadas: Conferência e Conselho de Saúde

O Sistema Único de Saúde tem sua base nos princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários são: a universalidade, equidade e a integralidade, garantido o acesso a todo e qualquer brasileiro, independentemente de classe social, raça, religião, sem distinção, discriminação ou preconceito. tendo sua execução por meio do SUS (Sistema Único de Saúde). E os Organizativos - o SUS se organiza por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, de modo que os serviços de saúde não funcionem de forma isolada, fragmentada, pautando-se nas diretrizes da integralidade, descentralidade e participação da comunidade

Os serviços de saúde são divididos em: atenção básica, média e alta complexidade. A atenção básica é porta de entrada do sistema, onde a população tem acesso a serviços básicos com a disponibilização dos seguintes profissionais: médico clínico geral, enfermeiros, pediatras, entre outros. Na média complexidade demandam-se médicos especializados e recursos tecnológicos, e na alta complexidade tem-se a necessidade de altos recursos tecnológicos, tendo estes altos custos

Da Constituição até os dias atuais, foram necessários diversos mecanismos para promover a descentralização proposta, incluindo normas portarias e outras legislações. Esse processo é contínuo e requer aperfeiçoamento e vem sendo implementado a partir nos anos 90 por meio das seguintes NOBs. Sendo assim definidas pelo Ministério da Saúde (NOBs 01/91) fornece instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do SUS (mecanismos de financiamento do SUS - recursos repassados pelo INAMPS aos municípios e/ou estados). NOB 01/92 normaliza a assistência à saúde no SUS; estimula a implantação, o desenvolvimento do sistema e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde.

A NOB 01/93 estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. E a (NOB 01/96) redefine o modelo de gestão do SUS, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema.

E as normas Operacionais da Assistência a Saúde (NOAS 2001/2002), amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Entretanto, a partir dos anos 1990, começa o processo de contrarreforma neoliberal do Estado brasileiro e seus primeiros impactos sobre o gestado SUS. Diante disso, o projeto privatista vem em crescente expansão, aderindo às recomendações do Banco Mundial, o qual vem ganhando notoriedade como um importante criador e propagador da racionalidade da contra reforma.

A década de 90 é crucial para o SUS, pois o então gestado Sistema Único de Saúde criado nos anos de 1990, concomitante a introdução do neoliberalismo no Brasil. A partir dos governos Collor e Itamar Franco, inicia-se as premissas de ajuste fiscal do Estado de acordo com as medidas neoliberais. Na saúde a contra reforma ocorre principalmente “pela inviabilização ou criação de obstáculos para a efetivação do SUS conforme seu marco legal original, Bravo (2013, p. 95)”.

Entretanto é no governo Fernando Henrique Cardoso que a contra reforma do Estado torna-se mais ofensiva e constituído, através da origem do Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare), dirigido por Bresser Pereira.

Bravo aponta que (2013, p.95), “as estratégias da contra reforma na saúde colocavam da seguinte maneira: precarização do SUS, ampliação restrita, fragmentada e desigual do sistema, sem anunciar sua contrarreforma ou qualquer tipo de alteração substancial”.

Neste sentido, apresenta-se na conjuntura atual dois SUS: um que está materializado na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas 8.080/90 e a 8.142/90 e um SUS real que esta distante daquele regulamentada por seus marcos

legais constituindo-se num SUS precarizado voltado para o interesse do capitalismo oferecendo um “mini max” para a população.

Na proposição do MARE, Bresser inseriu a intitulada reforma gerencial na saúde, materializado na Norma Operacional Básica de 1996(NOB 96). Para ele, são quatro as idéias que dão suporte a NOB, sugeridas no paradigma britânico:

[...] descentralizar a administração e controle dos gastos com a saúde [...]; criar um quase mercado entre os hospitais e ambulatorios especializados, que passam a competir pelos recursos administrados localmente, transformar os hospitais em organizações públicas não estatais [...];criar um sistema de entrada e triagem constituído por médicos clínicos ou médicos de família,que podem ser funcionários do Estado ou contratados pelo Estado[...],(1998,p.252).

Isso implica dizer que quanto mais o SUS sofre com o sucateamento da investida neoliberal mais rápido cresce o mercado de serviços privados, pois na medida em que os hospitais e posto de saúde há uma crescente demanda, os estados e municípios devem oferecer respostas para o enfrentamento das desigualdades sociais, o Estado vem transferindo sua responsabilidade para o setor privado chegando ao ponto de nos anos 1990 gerar a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tendo como incumbência regulamentar, controlar e fiscalizar os serviços de saúde suplementar, bem como ainda na década de 1990 é gerada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Contudo, próximo há completar três décadas o SUS, traz em sua trajetória vários avanços através dos seus marcos legais, entretanto, na contemporaneidade vale destacar duas limitações para que o SUS execute seus serviços de forma qualificada devido ao processo da política neoliberal e da precarização das políticas sociais acarretando por impulsionar a procura para o setor privado.

Outro aspecto importante é o subfinanciamento da saúde na atual conjuntura,isto é, destinação de poucos recursos para a saúde pública,valores esses que cada vez mais não dão para atender a população minimamente,ou seja, não abarcando totalmente sua demanda . Em relação a gestão descentralizada, por exemplo, uma das grandes dificuldades são as múltiplas realidades encontradas nos municípios brasileiros,exigindo respostas e propostas de saúde distintas.

Destarte, a lógica que tem prevalecido tem sido a de desconstrução das propostas da reforma sanitária da década de 80, a tentativa tem sido empurrar para a sociedade civil e para o mercado o fornecimento de serviços que deveriam ser prestados pelo Estado.

II Capítulo

2. Serviço Social na Saúde: algumas reflexões

A partir do século XIX, o Brasil passou a viver um momento expansionista da industrialização e de contingente populacional, ocasionando transformações nos setores: político, econômico e social. Assim, devido às mudanças que se processavam com o desenvolvimento do capitalismo e a expansão urbana, a “questão social” aprofundou-se agravando a condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora

Por isso os trabalhadores começaram a se organizar para reivindicar e lutar por condições dignas de vida e de trabalho. Dessa forma, por volta de 1945 em meio a este cenário a Igreja, a burguesia e o Estado resolvem se posicionar dando respostas frente à “questão social”, onde uma pequena parte da população fica com os a maior parte dos lucros, isto é, havendo uma distribuição de renda desigual. Desse modo lamamoto(2014,p27) coloca a questão social como:

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

Destarte essas três instituições percebem a necessidade de controlar este novo setor, ou seja, a classe proletária a qual vinha ganhando força por seu rápido crescimento e organização, causando temoriedade para a burguesia. Neste sentido surge a necessidade de institucionalizar leis trabalhistas e sociais dirigindo a organização e prestação dos serviços sociais como forma de combater as refrações da “questão social”.

É diante deste contexto que o serviço social se gesta como profissão na divisão sócio-técnica do trabalho, pois tem na questão social a sua matéria prima de trabalho, devido às mudanças que se processavam com o desenvolvimento do modo de acumulação capitalista. , provocando, conseqüentemente, o agudizamento da questão social em todas as suas expressões, surgindo assim à necessidade de um profissional que pudesse lidar com essas expressões, pois os trabalhadores começar a se articular para reivindicar por melhores condições de vida e trabalho, é

neste âmbito que o estado assume o papel de mediador. Dessa forma Bravo (2013, p.43)

a profissão emergiu [...] como um dos mecanismos institucionais mobilizados pelos representantes do capital para atuar na reprodução da totalidade do processo social, no sentido de contribuir para encobrir, atenuar ou controlar os efeitos das contradições criadas e reforçar os mecanismos de dominação[...].

Com isso o serviço social institui como profissão quando se inclui no mercado de trabalho na divisão social e técnica do trabalho bem como também é, um trabalhador assalariado, vende sua força de trabalho. Neste sentido o dinamismo do serviço social vai estar relacionado à grande atividade da ordem monopólica que vai dar origem e estabelecer a profissionalidade do serviço social. É neste cenário permeado por um conjunto de interesses antagônicos que vai atuar o assistente social a fim de amenizar as expressões da “questão social”, onde o serviço social surge como profissão, inserido na divisão sócio - técnica do trabalho produção e reprodução do capital.

Na saúde, o Serviço Social tem sua origem nos hospitais, cuja função era estabelecer uma relação entre a instituição, familiares e usuários, para minimizar as tensões, evitando qualquer criticidade ao tratamento do usuário após sua internação. Assim, na área da saúde a inserção do assistente social deu-se como aquele que pudesse contribuir para um atendimento médico - clínico isto é auxiliando o médico, entretanto, ainda na década de 40, se viu que não era apenas uma necessidade clínica a inserção deste profissional, mas também social.

Ao final da segunda guerra mundial o assistente social na saúde passou a desempenhar atividades educativas com os trabalhadores, ensinando-os a terem hábitos de higiene e saúde, como forma de ajustá-los ao meio em que vive, isto é em sociedade. Vale ressaltar que o Serviço Social teve influências norte-americanas cuja base teórica era o positivismo.

Já no período de 1964 a 1979 devido ao reatualização do serviço social, o qual buscou a modernização das práticas da profissão, bem como novas propostas de saúde, haja vista nos anos de 70 ter ocorrido o movimento pela reforma sanitária que lutava por um sistema de saúde universal e igualitário, centrar-se mais no caráter preventivo e não apenas curativo. Desse modo, o Estado começa a intervir

passa a intervir mais assiduamente na saúde cujo objetivo era amenizar as tensões populares causadas pelo regime ditatorial e conseqüentemente pelo movimento da reforma sanitária, com isso, os assistentes sociais da saúde centraram-se atuando na rede hospitalar. Desempenhando suas atividades como um profissional mediador entre a instituição e os usuários, suas práticas dava-se de formas curativas, burocratizadas, e psicologizadas das relações sociais e concessões de benefícios, entre outras, buscando nesta época uma aproximação do serviço social o materialismo dialético.

Diante deste contexto, percebemos que houve algumas mudanças no serviço social na área da saúde no período de 30 a 70. No primeiro momento as assistentes sociais seguiam a doutrina da igreja católica, social, depois sua uma prática voltou-se para uma priorização das ações curativas e por fim a busca por uma maior aproximação com as teorias marxistas.

A década de 80 é considerada um divisor de águas tanto para a profissão quanto para a prática profissional, pois foi neste período à profissão buscou romper com seu conservadorismo, através do movimento de reconceituação e na área da saúde ganhando um olhar mais crítico, baseado na teoria marxista, a qual foi pela é responsável ruptura teórica e prática tradicional.

Neste sentido permitiu aos profissionais o rompimento de mero executor, conquistando novas competências, atribuições e políticas sociais, dando ao Serviço Social.

No período de transição dos anos 80 para 90, até meados dos anos dois mil ocorreram mudanças bastante significativas para o Serviço, isto é ampliou-se na área de saúde, bem como surgido novos desafios e colocando novas exigências para o profissional, mudanças estas que vem ocorrendo com maior intensidade confrontando com o projeto ético hegemônico, o qual é pautado com o compromisso com a classe trabalhadora devido a implantação da política neoliberal a partir da década de 1990 até os dias atuais, na sociedade brasileira, responsável pela regressão dos direitos, aumento do desemprego, precarização do trabalho, sucateamento da saúde tornando as políticas sociais seletivas e focalizadas, fazendo com que o assistente social tenha dificuldades em viabilizar os direitos aos usuários

. Na contemporaneidade a prática profissional dá-se por duas razões: uma o poder de persuasão que o assistente social tem na sua capacidade de dialogar, planejar, executar entre outras, e a segunda pela forma de como as políticas públicas vão sendo operacionalizadas exigindo um profissional, crítico, competente, criativo e consciente.

2.1 A inserção dos/as assistentes sociais na saúde

O Serviço Social no Brasil foi introduzido por volta dos anos 1930 a 1945, marcado por obras de caridade e filantropia ligadas a Igreja Católica.

Já a área de saúde é um dos campos que tem uma maior inserção de assistentes sociais, vale ressaltar que sua ampliação só foi possível por volta de 1940 a partir do novo conceito de saúde criado pela Organização Mundial de Saúde – OMS, em 1948 devido as circunstâncias de saúde da população, haja vista o momento em que atravessava o país, por causa do desenvolvimento industrial e expansão urbana.

No Brasil, a inserção de assistentes sociais na saúde deu-se na década de 1940, momento em que a ação dos assistentes sociais se processa principalmente nos hospitais, com destaque para o hospital das Clínicas de São Paulo, sendo este, o primeiro a admitir estes profissionais. Os profissionais inseridos nessa área eram denominados de Serviço Social Médico. Especificamente no ano de 1948 ocorreu uma maior inserção de profissionais de Serviço Social nessa área, em consequência de uma repaginada concepção acerca da saúde, focando nos aspectos biopsicossociais. Porém, nesse momento os assistentes sociais tinham como função ensinar hábitos de higiene e saúde, isto é, desenvolvia uma prática médica baseada no aspecto curativo e hospital o cêntrico.

A década de 1960 constitui-se um momento bastante conturbado, uma vez que o país estava passando por um período ditatorial. Nesse contexto, o Serviço Social passa por um processo de renovação que se dá como fruto Movimento de Reconceituação latino-americano, passa a contestar o “status quo”, além de buscar romper com o conservadorismo vigente na profissão.

Segundo Netto (1998), o Movimento de Reconceituação é marcado por três momentos distintos: Perspectiva Modernizadora (1960), Retorno ao Conservadorismo (1970) e Intenção de Ruptura (1980).

Apesar das dificuldades, evidencia-se que durante o processo de renovação, o Serviço Social ganhou visibilidade, tanto do ponto de vista teórico, quanto profissional como também assumindo uma nova postura diante da realidade brasileira.

Dessa forma, é importante enfatizar que o movimento de renovação dá-se a partir da década de 1980, momento este marcado pela ruptura com o conservadorismo, buscou-se novas bases teórico-metodológicas, cujo objetivo era avanços no trabalho profissional, todavia de um novo projeto ético-político, voltado para atender a demanda das classes trabalhadoras, lutando na defesa dos direitos sociais.

Portanto, na década de 1980 a partir da ruptura com o conservadorismo os profissionais vão procurar novos rumos teóricos, cujo objetivo era a busca pela construção de um projeto ético-político, voltado para atender as demandas da classe trabalhadora.

Cabe enfatizar que a área de saúde passa a ter uma visão mais apurada, isto é, uma olhar mais crítico.

Segundo Bravo e Matos (2006, p.205),

O Serviço Social na área da saúde chega à década de 90 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; continua enquanto categoria desarticulada do movimento de reforma sanitária e, com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão.

Em 1988 com a Constituição Federal e a regulamentação do SUS, através da Lei Orgânica da Saúde (LOS), lei 8.080/90 e a lei 8.142/90, vêm regulamentar as ações no que se refere à prestação dos serviços de saúde, além de enfatizar que o SUS deve atuar na perspectiva da promoção, prevenção e recuperação da saúde. Tais leis estabelecem que a saúde constitui um direito fundamental, positivado de todo cidadão, ficando como responsabilidade do Estado prover suas condições mínimas baseada na universalidade, equidade e integralidade.

Neste contexto, evidenciam-se mudanças no exercício profissional, nesta área, o profissional é voltado para a promoção da saúde dos usuários. Sendo assim

esse novo modelo passar a requisitar um trabalho multiprofissional e com isso, o/a assistente social começa a ter o seu trabalho mais reconhecido nessa área de atuação.

Um outro grande avanço obtido pela categoria foi a resolução nº 218/1997, onde o assistente social é reconhecido como um dos treze profissionais da saúde de nível superior e a resolução nº383/1999, bem como inserido nesta área e atuando juntamente com outras políticas públicas.

Vale salientar que houveram outros avanços para os assistentes sociais, a exemplo o Código de Ética Profissional de 1993, da Lei de Regulamentação da profissão (8.662/93), a criação dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde em 2010. No tocante a formação profissional, a construção das Diretrizes Curriculares de 1996 da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), aprovadas nos anos 2000 pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC).

Dessa forma, é possível perceber que tanto a profissão quanto a política de saúde obtiveram avanços que se deram ao longo do processo sócio-histórico, sendo este, permeado por intensas lutas, conquistas e desafios, porém, de modo específico, no que diz respeito aos parâmetros acima mencionados, apesar da sua construção ainda é perceptível a dificuldade que se tem de efetivar o mesmo na prática profissional cotidiana em decorrência das barreiras impostas pelas instituições, as quais por não compreenderem as atribuições dos/as assistentes sociais termina lhes atribuindo funções e papéis que não condizem com as suas responsabilidades.

Retomando a conjuntura dos anos de 1990, evidencia-se que esta é marcada e totalmente delineada pela política neoliberal, sob a argumentação de prevenir a crise fiscal.

Nesse contexto, as recomendações para as políticas sociais têm sido baseadas no trinômio: privatização, focalização, e descentralização. Tais aspectos vão incidir diretamente na produção e reprodução das relações sociais e nas condições do trabalho profissional, repercutindo em novas demandas para os/as assistentes sociais, como aponta o CFESS (2010, p.27):

Na saúde, onde esse embate claramente se expressa, a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da

existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslança para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica.

Faz-se necessário romper com a visão fatalista, em que a realidade já estaria pronta, imutável, restando pouco ou nada a fazer para mudá-la, restando apenas o conformismo estéril, que muitas vezes é perpassado pelo burocratismo inoperante.

Cabe ressaltar que o messianismo também não se configura como a solução para a resolução das expressões da “questão social” apresentadas pelos usuários nos diferentes espaços sócio ocupacionais, em que estes profissionais estão inseridos. Na verdade nem um extremo nem outro é cabível para o atendimento das expressões da “questão social” que vêm se agudizando consideravelmente em todas as suas esferas.

Diante do exposto, evidencia-se que a conjuntura vigente, demanda contrariamente ao que se pensa a existência de profissionais que corroborem com a manutenção do instituído pelas amarras impostas pelo Estado, enquanto representante legítimo dos intentos arbitrários do modo de produção capitalista.

No entanto, cabe a categoria profissional que já passou por situações de conformismo com o conservadorismo nas protoformas do Serviço Social, criar estratégias mediadoras de intervenção que estejam calcadas na efetivação do Projeto ético político do Serviço Social, o qual se contrapõe veementemente a toda “lógica” do neoliberalismo.

Os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde foi elaborado no ano de 2010, pelo CFESS construído ao longo de alguns debates ocorridos entre junho de 2008 a março de 2009, um instrumento referencial para intervenção dos profissionais de Serviço Social no âmbito da saúde.

Cabe ressaltar que com o propósito de subsidiar a intervenção dos/as profissionais de Serviço Social na efetivação da política de saúde, em 2010 o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) elaborou os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais.

Os referidos Parâmetros são divididos em quatro categorias, quais sejam: o primeiro momento é designado de “Saúde, Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde e desafios atuais”, o qual aborda a sua trajetória sócio-histórica, sendo este marcado por muitas lutas, conquistas e desafios. No segundo momento o

documento enfatiza a discussão teórica e política presente no Serviço Social na saúde, abordando alguns desafios que permeiam a profissão diante da política de ajuste fiscal, enfatizando o projeto ético-político hegemônico.

Já no terceiro momento “Atuação do Assistente Social na Saúde” define as competências e atribuições do assistente social nessa área de atuação, discutindo o seu exercício profissional na saúde a partir de quatro pontos de ação: ações de atendimento direto aos usuários, ações de mobilização, participação e controle social, ações de investigação planejamento e gestão, ações de assessoria, qualificação e formação profissional.

A quarta abordagem trazida neste documento refere-se aos indicadores acerca dos parâmetros quantitativos de atendimento dos assistentes sociais na saúde por entender que esse debate não deve ser feito inconveniente dos parâmetros de mediação profissional nas outras políticas públicas.

Assim, através deste documento busca-se referenciar a atuação dos/as assistentes sociais nesta área, voltando-se para o compromisso com o projeto ético-político profissional e fortalecendo os vínculos com os usuários, na defesa dos direitos desse segmento.

Desta forma, juntamente com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 218, de 6 de março de 1997 que regulamenta a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde e a Resolução CFESS nº383, de 29 de março de 1999 que traz o assistente social como profissional da área de saúde, bem como as leis 8.080/90 e a lei 8.142/90 somado-os, a este possa contribuir para o fortalecimento de uma atuação mais satisfatória na direção dos Projetos de Reforma Sanitária e Ético-Político Profissional

2.2 Entre avanços e retrocessos na Política de Saúde

Os anos de 1990 são permeados por um conjunto de dificuldades estruturais, econômicas e sociais, momento em que encontra solo fértil para inserir a política de ajuste fiscal no Brasil, sob argumento de que se fazia necessário tomar algumas providências para o enfrentamento da crise do capital brasileiro, cabendo enfatizar que neste mesmo contexto se dá a implantação do SUS.

Salientando que, ao contrário dos outros países da América Latina que aderiram a esta política ainda no início dos anos 1980, o Brasil adota as ideias da política de ajuste fiscal a partir dos anos 1990 “tardamente”. Essas medidas foram orientadas por instituições como o FMI (Fundo Monetário Internacional), o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD).

Assim, no Brasil essas medidas iniciam-se a partir do Plano Diretor da Reforma de Bresser Pereira sinalizando a contra reforma do Estado brasileiro particularizadas na flexibilização, privatização e da desregulamentação dos direitos trabalhistas, bem como a desresponsabilização do Estado no que concerne às despesas com as políticas sociais repassando suas atribuições para o mercado por meio das privatizações daquela prestação de serviços que este deixa de realizar.

Neste sentido Bravo (2009 p.100) caracteriza a Reforma do Estado ou contra reforma do Estado como sendo “outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo,colocando em cheque o modelo econômico vigente”.

Desse modo, sob-recomendações desses órgãos internacionais essas estratégias de reforma do estado vem sendo implementadas no Brasil caracterizando-se como uma forma de evitar uma crise fiscal, neste sentido às orientações para as políticas sociais tem sido fundamentadas nas premissas neoliberais: flexibilização, privatização e focalização.

A inflexão dessas medidas inicia-se no Brasil mais precisamente nos anos 90, a partir do governo de Fernando Collor de Mello. Durante o governo Collor o país já começa a sentir os impactos da introdução dessa política, como por exemplo, restringindo o financiamento do setor de saúde, vale destacar também que no governo Collor foi vetado a regulamentação da Lei Orgânica da Assistência Social demonstrando pouco interesse pela concepção de seguridade social recomendada pela Constituição Federal.

Após a saída de Collor, sucederam no governo,Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso.O governo Itamar foi um governo bastante conservador e sem propostas onde pouco se avançou no sentido da Constituição de 1988 como, por exemplo, na direção da Lei Orgânica da Assistência Social. Já o governo FHC a

contrarreforma do Estado torna-se mais acentuada sobre a questão saúde, como destaca Bravo (2013, p.64),

“[...] combinou-se ao gradativo o abandono e sucateamento da rede pública de saúde, a uma política de racionalizadora fundada na seletividade da atenção, contribuindo de forma direta e indireta para a instalação e expansão da rede privada. A contratação de serviços de terceiros paraprestação da atenção à saúde nos níveis secundário e terciário, as isenções tributárias e os subsídios para os planos e seguros de saúde marcaram esse período expansionista de forma mais expressiva”.

Fica claro que nesta década a ausência de investimento característica marcante dessa política de ajuste fiscal torna as condições de vida da população mais agravante provocando o aumento da pobreza, desemprego e precarização do trabalho, aprofundando ainda mais as desigualdades sociais. Dentro dessa lógica percebe-se que com os cortes nos gastos públicos para a área da saúde tem sido de limitações constituindo numa saúde precarizada, fortalecendo o vínculo para incentivo a saúde complementar por meio de seguros privados.

Esses fatos reforçam o que Bravo (2013, p.65) diz “os serviços sociais tornam-se, também, o lócus do capital. A lógica contra reformista fragiliza ainda mais a possibilidades do Estado responder às necessidades de saúde da maioria da população”.

Neste sentido o governo federal adota uma postura ainda mais drástica para o financiamento do SUS impondo algumas limitações, particularmente para os municípios, onde estes começam a sofrer em suas competências de intervenção e de respostas frente as demandas sociais e de saúde, ficando a encargos estados e municípios injeta uma contrapartida maior de recursos para a área da saúde. Diante desta realidade pautada no enxugamento do Estado como estratégia de saída para a crise econômica e social do Brasil, coloca o SUS numa encruzilhada com problemas e limitações sérias para que o mesmo execute seus serviços de forma igualitários, universal e equitativamente a toda população.

A ausência de investimento no setor público tem como principal consequência a precarização, onde os profissionais são pessimamente remunerados, filas longas

em postos de saúde e hospitais faltam de equipamentos modernos entre outros, gerando um total descaso do poder público para com a população atendida, outro fator que torna esse setor cada vez mais sucateado é a falta de articulação entre a atenção básica e os demais serviços de saúde, o que tem implicado numa total desresponsabilização por parte do governo no que diz respeito assuas medidas de intervenção e de respostas frentes as demandas de saúde, acarretando lotações das demais dimensões.

Segundo Bravo (2013) a proposta de Reforma do Estado para o setor saúde, ou contra reforma, era dividir o SUS em dois - o hospitalar e o básico” implicando na desresponsabilização do Estado, transferindo para a sociedade civil a responsabilidade de custear por sua saúde e bem-estar.

Neste contexto, conclui-se que a política de saúde vem sofrendo desgaste nas propostas ganhas da reforma sanitária na década de 1980, transferindo para a sociedade civil e o setor privado as suas atividades antes executadas pelo governo, cuja competência consistiria neste momento apenas “em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que tem acesso ao mercado (Bravo, 2009, p.101)”.

Continuando nessa perspectiva de uma política de saúde meramente focalista, implementada nos anos 90 merece destaque os programas Estratégia Saúde da Família (1995) tendo como objetivo a reorganização da atenção básica no país, considerado como “porta de entrada”, o primeiro atendimento nas ações e saúde em sua forma de promoção, prevenção e recuperação.

2.3 A saúde pública no Brasil nos governos Lula e Dilma.

Durante o governo Luis Inácio Lula da Silva criou-se muitas expectativas para que houvesse uma aproximação maior entre Estado e a classe trabalhadora. No âmbito da saúde esperava “uma retomada do projeto de reforma sanitária e a efetivação do SUS”. (Soares, 2013, p.97).

No entanto, na prática não veio há se consolidar, o que se pode perceber é que foi dada a continuidade das práticas neoliberais, que já iniciará nos anos 90 nos

governos anteriores, inserindo muitas mudanças. Como exemplo, a saúde pública durante o governo Lula, se expressa por meio da “institucionalização de pactos, planos de desenvolvimento e da elaboração de um projeto amplo de privatização das políticas sociais configurado na forma de fundações estatais de direito privado, que se apresenta contrário ao processo de continuidade da reforma sanitária” (SOARES, 2013, p.97).

No primeiro momento, do governo de Luis Inácio da Silva atendeu algumas propostas do projeto da reforma sanitária, mas já no segundo momento deu ênfase ao projeto privatista. No governo da Presidente Dilma é criado o Programa Mais Médico, tal programa tem como propósito levar os médicos para as regiões que sofrem com a ausência desses profissionais.com destaque para a vinda em massa dos médicos cubanos, bem como prever recursos para que novas Unidades de Saúde (UBS) sejam construídas. Ao longo desses dois anos 5.000 municípios estão sendo atendidos por esse programa, proporcionando a reforma, construção e ampliação de 26 mil UBS, sendo investido mais de 5bilhoes.

O programa academia de saúde criado em 2011 com o escopo para a promoção da saúde, cuidando da saúde da população, proporcionando nesses espaços físicos um modo de vida saudável com profissionais qualificados, para o bom funcionamento da saúde. E ainda temos o programa Melhor em Casa, o qual tem como objetivo levar a equipe multidisciplinar formada por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem até os domicílios familiares.

Entretanto percebemos que durante toda a trajetória da política de saúde é marcado por muitas lutas, conquistas e desafios. Todavia, o SUS é sem duvida umas das conquistas mais importantes no decorrer desses anos e diante deste contexto que se mostra tão complexo e heterogêneo. Gerando muitas incertezas entre os projetos de saúde publica e privatista, transformando a saúde num mercado lucrativo.

Diante desta conjuntura atual, que vivencia a sociedade brasileira em que o grande capital nacional e internacional recomenda que a proteção social garantida pelo Estado Social, por meio de políticas redistributivas, é pernicioso para o desenvolvimento econômico, momento em que o Estado não deve intervir e quando intervém dá-se de forma “míni max”. Com isso os serviços estão precarizados, o que

ocasiona o sucateamento do serviço pública, fazendo com que a população busque os serviços prestados pela rede privada

Neste sentido o assistente social como profissional da área da saúde é desafiado devido a dificuldade de se efetivar nas três esferas de governo a política universal, justa e igualitária sem distinção de classe social, gênero ou etnia conforme preza o SUS. Outro aspecto relevante é o trabalho coletivo em saúde, o qual se encontra fragmentado pautando-se em ações que visam apenas o caráter curativo centrando-se apenas na doença e não numa prática mais humanizada de proteção a saúde.

Destarte, é perceptível que a conjuntura por ser extremamente desafiadora, requer a construção de novos perfis de profissionais, críticos, comprometidos com a classe trabalhadora a qual vem sofrendo uma série de retaliações nessa conjuntura espoliadora de direito. Com isso os profissionais de Serviço Sociais inseridos nos diversos e diferentes espaços sócio-ocupacionais devem buscar assegurar, por meio de uma perspectiva mediadora crítica, os direitos da classe que vive do trabalho.

3. A ATUAÇÃO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NO HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA/PB

O Hospital Regional de Sousa (HRS) tem o escopo de atender toda população que necessita de suporte no que se refere à saúde, compreendendo esta como o bem estar biopsicossocial, conforme preconiza a Constituição Federativa Brasileira de 1988. A atuação dos/as assistentes sociais no HRS se dá a partir de plantões de 24 horas. Atualmente, setor de Serviço Social conta com catorze assistentes sociais.

Durante os plantões são desenvolvidas as seguintes atividades: atendimento nas enfermarias, atendimento a acompanhantes e familiares, visitas aos leitos, marcação de exames e consultas, encaminhamento interno, encaminhamento externo, atendimento às vítimas de violência (nas diversas expressões), acompanhamento de óbitos, acompanhamento de alta hospitalar, providência de transporte, informações/orientações sociais no caso de transferências, entre outros. Todos os atendimentos são registrados no livro de registros, também são registradas as pendências que ficaram para que estas possam ser viabilizadas pelos outros assistentes sociais no plantão posterior.

Todas essas ações estão contidas no Procedimento Operacional Padrão (POP) do Serviço Social (apêndice 3), criado no ano de 2013, pela equipe técnica responsável pelo setor..

Porém, o que se pode perceber é que o assistente social na saúde, no exercício de sua atividade profissional, tem-se dedicado à operacionalização e viabilização dos serviços sociais aos usuários da instituição, exercendo funções de suporte à racionalização como também funções técnicas, além de tarefas seletivas, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e profissionais, indicando de forma a agregar às capacidades tecnicistas, valores éticos, humanos e solidários, além de pautar-se no contato humano, contemplando amplamente a integralidade da pessoa humana, propondo assim uma valorização dos processos de modificação dos sujeitos inseridos no âmbito na produção e promoção da saúde como um todo.

Para a operacionalização de sua intervenção profissional, os assistentes sociais utilizam alguns instrumentos e técnicas, quais sejam: declaração de acompanhamento, termo de responsabilidade, livro de transferência, livro de óbitos,

livro de ocorrências, tabelas e formulários sobre as visitas aos leitos dos usuários, reuniões, palestras, e encontros periódicos para avaliar e discutir pontos sobre as demandas, as resolutividades para as mesmas e as condições objetivas do trabalho do assistente social no âmbito hospitalar, além da linguagem que se configura como o principal instrumento de trabalho desses profissionais.

No entanto, a partir da experiência do estágio, foi possível identificar que a equipe de saúde, psicólogos, médicos, enfermeiros, dentre outros tinham dificuldades de entender quais são realmente as competências e atribuições dos assistentes sociais no HRS. Diante disso, os assistentes sociais eram requisitados para o cumprimento de ações que não correspondem as suas atribuições, tais como: marcação de consultas e exames em outras instituições, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes; solicitação e regulação de ambulância para remoção de alta, comunicar óbito.

No que se refere à comunicação de óbitos Vasconcelos (2002) afirma que o contato estabelecido pelo assistente social com os familiares proporciona um diferencial em termos de apoio e orientação sobre os benefícios, relacionados aos direitos previdenciários, aos seguros sociais, e quando necessário providencia junto à instituições e/ou prefeituras auxílio-funeral.

Ressalta-se ainda, que em casos de óbito, a notícia deveria ser repassada aos familiares juntamente com a equipe multiprofissional, composta pelo médico, assistente social e psicólogo, porém na maioria das vezes essa prática é desenvolvida pelo profissional de Serviço Social e psicólogo.

A resolução nº5 57/2009¹, em seu artigo 4º, preconiza que “ao atuar em equipes multiprofissionais, o assistente social deverá garantir a especificidade de sua área de atuação”. Indubitavelmente, tal profissional deve operacionalizar intervenções que realmente correspondam ao seu exercício profissional.

Contudo, muitas vezes pelo fato dos assistentes sociais não terem clareza das suas atribuições e competências nos diferentes espaços sócio ocupacionais em que estão inseridos somado ao fato de sentirem certa dificuldade de se impor frente aos demais profissionais, inclusive à direção das instituições, passam a desenvolver funções que não lhes competem. Cabe salientar ainda, que tem outro agravante no

tocante a dificuldade desses profissionais imporem - devido muitos assistentes sociais serem prestadores de serviços, ou seja, não terem nenhum tipo de estabilidade na instituição, o que os torna ainda mais vulneráveis à demissões e represálias, caso se “recusem” a cumprir algumas determinações.

Tal lamentável realidade pode ser modificada a partir de um processo de construção em que os assistentes sociais possam de fato se empoderar através do arcabouço teórico metodológico, ético-político e técnico-operativo que subsidia a profissão, o qual está consolidado no Projeto ético-político hegemônico no Serviço Social. Devemos construir estratégias mediadoras de intervenção capazes de realmente assegurar a sua capacidade de diálogo, negociação junto a direção da instituição e efetivação das suas atribuições e competências, de modo “crítico, criativo, consciente, competente” e propositivo.

Compreende-se que essa realidade é um processo longo e contínuo a ser construído e percorrido pelos profissionais, mas é algo possível e necessário, tanto para que estes possam firmar sua atuação de forma mais contundente, quanto para que possam imprimir uma maior qualidade ao exercício da profissão.

De acordo com Vasconcelos (2006, p.250), os profissionais de Serviço Social necessitam em seu exercício profissional, libertar-se de funções e papéis que não contribuam para o desenvolvimento de uma prática crítica, quais sejam:

[...] uma prática profissional burocrática que segue mecanicamente normas impostas pelo regulamento da administração, autoridade ou seu representante, e que ao priorizar um atendimento de escuta, acolhimento, encaminhamento e/ou preenchimento moroso e mecânico de formulários, questionários, cadastros – que viabilizam acesso a benefícios ou inscrição em programas da instituição – referenda a complicação e morosidade da coisa pública burocratizada, que objetiva dificultar ou inviabilizar o acesso dos usuários a serviços e recursos enquanto direito social.

O assistente social deve ter autonomia para que sua atuação profissional dentro do espaço socio-ocupacional, não se restrinja a trabalhos burocráticos, buscando novas estratégias e alternativas, exigindo uma ruptura com a atividade rotineira e burocrática. O que implica dizer que, passa a ser exigido dos assistentes sociais um perfil profissional capaz de compreender e viabilizar as demandas postas no cotidiano da prática.

Um outro aspecto que deve ser mencionado no tocante ao exercício profissional no âmbito da efetivação da política de saúde, é a humanização das relações que se configuram como algo extremamente desafiador em decorrência do fato de muitas vezes os usuários serem considerados meras patologias, sem ser levado em consideração o aspecto holístico que caracteriza a saúde.

Os profissionais da saúde precisam compreender independentemente de esta atuando no hospital, na unidade básica de saúde da família ou em qualquer outro espaço de operacionalização da política de saúde, que o seu exercício profissional deve centrar-se não apenas no aspecto curativo e meramente hospital o cêntrico, mas na perspectiva da promoção e proteção da saúde, aspectos que ultrapassam a mera recuperação de possíveis patologias.

Nesse sentido, os assistentes sociais são desafiados a assegurarem a defesa da democracia, das políticas públicas a partir do desenvolvimento do trabalho cotidiano, buscando capacidades e habilidades para enfrentar as questões que concernem a sua prática, identificando as necessidades dos usuários com o objetivo de integrá-los, contribuindo para uma melhor qualidade no atendimento dos serviços ofertados pelo SUS, mesmo em frente a todos os desafios postos pela política neoliberal.

Sendo assim, o profissional de Serviço Social tem o compromisso ético cotidiano com a qualidade dos serviços prestados à população. No entanto, para que isso ocorra é preciso o amadurecimento intelectual, o que possibilitará compreender a realidade de forma crítica e as dimensões da “questão social”, bem como buscar meios e instrumentos eficazes e éticos, capazes de contribuir com a equidade e justiça na perspectiva de uma sociedade mais justa e igualitária.

É perceptível que a precarização do trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais na saúde é incitada pelas reformas da política de ajuste fiscal impetrada pelo neoliberalismo, através de um contexto em que as políticas públicas passam a ser operacionalizadas baseadas em princípios de precarização, fragmentação, focalização e seletividade, porém, é preciso imprimir um caráter diferenciado à saúde, a partir do desenvolvimento de ações e perspectivas humanizadoras.

Nesse sentido, as entidades de Serviço Social têm por desafio articular ações conjuntas com os demais profissionais da saúde e movimentos sociais em prol do direito à saúde pública.

Assim, os assistentes sociais precisam promover momentos de democratização das informações e dos direitos para que os usuários possam tomar consciência e buscar seus direitos, rompendo com práticas conservadoras.

Enfim, é preciso o rompimento com posturas fatalistas e messiânicas, as quais ainda persistem dentro da profissão. Para tanto, é imprescindível ter uma visão crítica da realidade para que se possa enfrentar a “questão social” nas suas mais diversas expressões e nos diferentes espaços sócio institucionais de intervenção.

3.1 Campo de Estágio

A pesquisa ora apresentada foi realizada com as assistentes sociais que trabalham no Hospital Regional de Sousa-PB. A temática abordada surgiu a partir das inquietações observadas neste espaço sócio ocupacional durante estágio supervisionado I e II.

O Hospital Deputado Manoel Gonçalves de Abrantes, conhecido por Hospital Regional de Sousa, é uma instituição pública considerada de média complexidade, que envolve inúmeras categorias específicas, composto por uma equipe multiprofissional direcionada ao atendimento de acordo com o seu desenvolvimento profissional, trabalhando em combinação com a ética e com o objetivo de prestar assistência a sociedade de Sousa/PB e alto sertão, onde se instituem os serviços de proteção básica e de média complexidade.

A instituição foi fundada em 20 de novembro de 1980, durante o governo de Tarcísio Miranda Buriti, com a finalidade de oferecer melhores condições de saúde a população, que então na época padecia por não ter um hospital que oferecesse suporte às demandas de urgência e emergência. A população sentia a necessidade de um hospital desse porte no município de Sousa/PB, pois na ausência do Hospital Regional de Sousa, deslocavam-se para hospitais de Campina Grande/PB ou João

Pessoa/PB, sendo que muitas das vezes os pacientes dependendo da gravidade não conseguiam ter um atendimento prévio, chegando a óbito.

O Hospital Regional de Sousa está localizado a Rua José Facundo de Lira s/n, no Bairro Gato Preto, e atualmente é composto por aproximadamente 708 profissionais de diversas áreas.

De acordo com o setor administrativo o HRS tem como missão: “atender toda população que necessita de ajuda no que se refere á saúde, na garantia de direitos, como também o estado de bem estar social, no que se refere à vulnerabilidade social, que esta população apresenta em decorrente da pobreza, do precário ou nulo acesso aos serviços públicos, da fragilização de vínculos de pertencimento e sociabilidade e/ou qualquer outra situação de vulnerabilidade e riscos sociais contidos na instituição”.

No momento, não existem projetos que contemplem a instituição, porém, os objetivos institucionais do hospital compreendem a:

- Potencializar melhores atendimentos, para atender as demandas;
- Promover acompanhamentos específicos de acordo com as demandas;
- Promover acesso as ações sociais, contribuindo para uma melhoria social;
- Buscar novas estratégias, respeitando os princípios da ética e cidadania, no que se refere à prevenção e controle dos agravos:

3.2 Análise dos Dados da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no mês de maio de 2016, com as Assistentes Sociais do Hospital Deputado Manoel Gonçalves de Abrantes do município de Sousa-PB. Para tanto, analisar a prática profissional dos assistentes sociais na saúde no Hospital Regional de Sousa (HRS) se configura de grande importância para a busca do conhecimento acerca da realidade em que os profissionais de Serviço Social estão inseridos. Cabe enfatizar que o tema é bastante pertinente, pois a política de saúde pública é uma das área de atuação que mais emprega assistentes sociais no país.

E ainda, a atuação dos assistentes sociais vem sofrendo uma série de impactos em decorrência da política de corte neoliberal, a qual prega a vigência do Estado “mini-max”, mínimo para o social e máximo para o capital.

Após um período de observação e acompanhamento do trabalho do Serviço Social no Hospital Regional de Sousa pode-se delimitar o objeto de estudo, que teve

como objetivo principal analisar a prática profissional do Assistente Social junto ao Serviço Social do Hospital Regional de Sousa – PB a partir da percepção dos profissionais que atuam junto a instituição. A escolha de tal objeto de estudo se deu a partir das inquietações que surgiram no decorrer de tal experiência ao perceber limites e possibilidades que fazem parte da prática do Serviço Social, particularmente no âmbito deste espaço sócio ocupacional.

A pesquisa constitui-se de uma abordagem prioritariamente qualitativa numa perspectiva analítico-crítico, por entender que esta possibilitaria subsídios para uma melhor compreensão da realidade a ser investigada. Cabe ressaltar que no período de levantamento e da coleta de dados para a realização da pesquisa, foi utilizado como procedimentos metodológicos a revisão da literatura em torno da temática abordada, a observação participante, o diário de campo, que foi de extrema importância para o registro das informações, e ainda, a entrevista semi-estruturada aplicada para o profissional de Serviço Social (Apêndice A) que participaram do processo investigativo.

A análise dos dados coletados foi feita através da técnica de análise de conteúdo, que permitiu compreender o sentido das falas e as suas significações.

A análise de conteúdo pode ser definida como: “um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições produção/reprodução destas mensagens”. (BARDIN, 1979 apud MINAYO, 1996, p.199).

Destaca-se que os dados coletados durante a inserção em campo de estágio, possibilitaram compreender os limites e as possibilidades da prática profissional do Serviço Social junto ao Serviço Social do Hospital Regional de Sousa – PB.

A população da pesquisa corresponde a um total de 12 assistentes que atuam no Hospital Regional de Sousa-Paraíba, porém a nossa amostra será de 04 profissionais de Serviço Social, o que equivale a 30% do universo de profissionais que atuam no setor. As entrevistas com tais profissionais foram realizadas no Hospital Regional de Sousa, no período de abril de 2016.

Como forma de zelar pela identidade das profissionais de Serviço Social do HRS assegurando assim o seu anonimato serão tratadas nas falas como: Entrevistada 01, 02, 03 e 04.

3.2.1 Resultado da Pesquisa

Com o objetivo de compreender e analisar a atuação do Serviço Social no Hospital Regional de Sousa foi extraídas algumas falas consideradas importantes e que favorecem o norteamto da pesquisa.

Qual à sua percepção sobre o Serviço Social no HRS?

“Vejo que os usuários procuram o serviço social basicamente para um atendimento imediato, mais rápido e sem espera, e vê em no serviço social essa possibilidade. O serviço é visto ainda como “benesse”, como um meio de facilitar e/ou agilizar o atendimento. Mas não podemos deixar de reconhecer que em determinadas situações os usuários nos procuram porque vêem no serviço social a esperança de ter o direito garantido (Entrevistado 03)”.

Pode-se perceber através das falas das entrevistas que o trabalho do Serviço Social dentro deste espaço sócio ocupacional não é reconhecido ou não sabem, o que o Serviço Social, E o que ele faz, de que se trata, tanto por parte da instituição quando solicita ações que não são do Serviço Social, como também por parte das demandas que se dirigem ao setor, como expressa a Entrevistada 03, ao afirmar que as demandas chegam ao setor de Serviço Social e vêem nele uma forma rápida para receber atendimento ou o que podemos chamar de “assistencialismo” numa prática voltada para ajuda.

A dificuldade de compreender ou saber verdadeiramente a função do Serviço Social nesta instituição não é só do HRS, perpassa também por outros campos de atuação do assistente social. Neste sentido podemos concluir que o assistente social trabalha entre duas extremidades uma na qual o empregador requisita com uma demanda específica que não existia antes nas políticas e estratégias institucionais; e por outro lado as pessoas vêm buscar o recurso disponibilizado porque muitas vezes esse direito não é atendido, isto é, não tem acesso a ele.

Ainda no que concerne a fala das entrevistadas quando questionadas sobre **Quais as atribuições do Assistente Social no HRS? E na sua concepção, quais**

são os desafios enfrentados pelo Serviço Social no HRS no desenvolvimento de suas atribuições? Destaca-se

Orientar e informar a população sobre os serviços existentes e a forma de acesso, levando em consideração a oferta desses como um direito social; realizar abordagens individual e/ou grupal para conhecer a situação dos usuários, identificar acompanhantes e determinantes sociais das condições de saúde, construindo assim, o perfil socioeconômico; atuar como agente facilitador de acesso dos usuários aos serviços; mobilizar os serviços hospitalares e da rede de serviços, na perspectiva de viabilização de direitos sociais, seja através das visitas institucionais e/ou por telefone, quando se fizer necessário; realizar estudos socioeconômicos, para subsidiar a construção de laudos e pareceres sociais; No que tange aos desafios, esses são vários, dentre eles: falta de compreensão e conhecimento por parte dos usuários e outros profissionais de saúde e até da própria direção sobre as atribuições e competências do serviço social, falta de valorização profissional por parte da direção e de outros profissionais da saúde; precárias condições de trabalho e rede de assistência precária e desconectada com o hospital dentre outras” (Entrevistada 03).

Muitas vezes são atribuídas funções, coisas que não são nosso as, como vocês estagiarias vêm as vezes lá no dia a dia, uma das maiores dificuldades da gente tem é essa que muitas vezes nem o profissional nem a sociedade sabem qual é o nosso papel lá, então existe essa confusão, mas aos poucos a gente tá conseguindo mostrar o que realmente o serviço social faz no HRS, mas com todas essas dificuldades, o serviço social é a porta de entrada, a demanda rotativa é constante, intensa, setor bastante procurado, Estamos lá, na luta em defesa dos direitos[...]as atribuições são sempre voltadas para os direitos dos usuários do SUS a gente procurar garantir esses direitos dos usuários que precisam dos serviços do Sistema Único de saúde, a sociedade que não sabem os seus direitos que tem se soubessem saberiam exigir melhor (Entrevistada 04)

Fica claro nas entrevistadas 03 e 04 que um dos desafios que se coloca para os assistentes sociais na atualidade dentro deste espaço sócio ocupacional é justamente esclarecer as competências e atribuições do assistente social. Para tanto, como instrumento de referencia da atuação do assistente social nesta área temos os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde lançado pelo CFESS (2010), bem como para nortear as competências e atribuições do/a assistente social a lei 8.662/93 que regulamenta a profissão em seus respectivos artigos 4º e 5º, entretanto é necessário que o profissional de serviço social elucide a partir de formação teórico-metodológicos, técnico-operativo e ético-

político. E ainda a resolução 557/2009 dispõe em seu artigo 4º que: ao atuar em equipes multiprofissionais, o assistente deverá garantir a especificidade de sua área de atuação.

O assistente social é um sujeito profissional que tem competência para propor, negociar com a instituição os seus projetos e defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais.

Outra dificuldade aponta pela entrevistada 03 é a desconexão em rede com o hospital, pois em muitos casos os direitos dos usuários são negligenciados. Neste sentido os usuários são orientados a buscar outros meios para a efetivação dos seus direitos quanto ao acesso a prestação do serviço como, por exemplo, o Ministério Público.

Sendo assim o/a assistente social atuará de forma condizente com uma prática eficiente como prevê O código de ética profissional (1993) apresentando em seu princípio X-compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva de competência profissional. Buscando mecanismos e instrumentos eficazes e éticos para contribuir com a efetivação do acesso e ampliação dos direitos da população.

Outro fator importante que é considerado um obstáculo no cotidiano de trabalho na fala da entrevistada 03 é a precarização das condições dos recursos físicos e materiais para a materialização de sua atuação profissional. É preciso garantir espaços suficientes, adequados e materiais necessários para o trabalho profissional uma vez que implicará melhor atendimento ético-profissional ao usuário. Para isso, o assistente social deve acionar o CFESS, pois, compete a este órgão orientar, disciplinar e defender o exercício profissional do/a assistente social, atuando concomitantemente com o CRESS, conforme amparado pela resolução CFESS nº493/2006.

Existe integração entre o Serviço Social e as demais áreas do HRS, como se dá esta relação? Existe alguma dificuldade e/ou reconhecimento profissional por parte dos demais profissionais, qual (is)?

Existe uma integração parcial, mais presente ao ato das transferências. No qual, dificilmente outros profissionais ao procuram para realizar a situação social do paciente e estudar a confluência dessa na saúde é a vida do paciente, haja vista que o trabalho em equipe ainda é muito precarizado no hospital e muito imediatista. Além disso o Serviço Social do HRS ainda é muito desarticulado e a

prática profissional ainda não evoluiu para o nível da coletividade profissional(ações coletivas)(Entrevistada 03)

Na fala da entrevistada 03 todas concordam que há certas dificuldades em trabalhar em conjunto como os demais profissionais tanto da área de saúde, como também os demais setores que compõe este espaço socioocupacional. Segundo Faleiros em entrevista afirma que diante este cenário marcado pela política de ajuste.

”o profissional tem como desafios, mais que nunca, desenvolver a capacidade crítica para analisar a correlação de forças em presença, posicionar– se na resistência ao neoliberalismo e construir estratégias participativas e de garantias dos direitos universais e do acesso aos direitos sociais, articulando sua ação no território onde atue, numa perspectiva de trabalho em redes, como assinalo no livro “Estratégias em Serviço Social”.

Contudo, para que a atuação em equipe aconteça vai exigir do profissional de Serviço Social o respeito ético-político aos determinados marcos legais da profissão, exigindo compreensão dos mesmos.

Quando perguntadas Diante, da atual conjuntura em que se estabelece a Política Pública de Saúde no Brasil qual a sua percepção acerca da efetivação dos princípios instituídos pelo Sistema Único de Saúde – SUS no HRS? E para a prática profissional do assistente social, como se dá esse enfrentamento?

Responderam

“Como em qualquer outro hospital trabalha enfrentando muitas dificuldades na garantia de direitos dos pacientes. Também se enfrenta muita dificuldade, pois aqui não temos nenhuma autonomia (Entrevistada 02)”.

“Há dois SUS um proposto na Constituição de 1988 e um SUS real, que esta bem distante daquele, Ou seja, o SUS proposto não aconteceu na integra, apesar dos avanços ocorridos. Pois o profissional é difícil lidar com este impasse o que resulta em embates de forças para fazer valer os direitos, conforme estabelecido na lei (Entrevistada 03)”.

Para a entrevistada 02, as dificuldades na efetivação dos direitos dos usuários são “comum” como em qualquer outro hospital, longas filas, morosidade na marcação de consultas e exames, falta de médicos especialistas entre outros. E outro problema que se coloca é a falta de autonomia para a resolubilidade dos

problemas dos pacientes, pois não dá para atender toda a demanda, isto é o desenvolvimento do trabalho do assistente social torna-se seletivo e desafiador para o/ a assistente social na contemporaneidade. O segundo lamamoto expressa em suas palavras dizendo que “o assistente social não detém todos os meios necessários para a efetivação de seu trabalho: financeiro, técnicos e humanos necessários ao exercício profissional autônomo (2014, p.63). Entretanto, deve partir do assistente social a iniciativa de propor algo novo para enfrentar a correlação de forças dentro deste espaço sócio-ocupacional buscando novas alternativas e possibilidades, rompendo com posturas messiânicas e fatalistas as quais ainda persistem dentro da profissão, é preciso ter uma criticidade maior da realidade para que possamos enfrentar os desdobramentos da questão social nas suas mais diversas expressões no cotidiano.

Segundo a fala da entrevistada existem dois SUS: o SUS real e o SUS formal. O formal é aquele que está presente na constituição, nas leis orgânicas, nas normas operacionais; e o SUS real, aquele que prevalece nas instituições publicas por meio do clientelismo, da realização de serviços precários, contratação de profissionais sem a qualificação necessária, realização de serviços precários, que não contempla totalmente a demanda devido ao repasse de recursos cada vez mais exíguos.

Ao serem indagadas sobre o documento que referencia a atuação do assistente social na saúde **Você conhece os Parâmetros para atuação dos/as assistentes sociais na saúde? Não () Sim (). O que você acha deles? Por quê?**

Não (Entrevistada 02).

Sim. Acho eles um importante instrumento para a atuação dos profissionais de serviço social hospitalar, eles vieram referenciar a intervenção do Serviço social na área da saúde, especificando o que é atribuição do serviço social e o que não é (Entrevistada 03)”.

Conheço os parâmetros de atuação do assistente social na saúde e é uma leitura que temos que fazer constantemente. É de grande relevância, pois norteia a categoria, nos orienta com clareza (Entrevistada 04).

O questionamento na fala 02 denota o desconhecimento dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Neste caso o profissional não tem subsídio teóricas/metodológico/técnico/operativo.

Nas falas das entrevistas 03, fica evidente o conhecimento sobre o documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de saúde, apenas um desconhece os Parâmetros de Atuação do/a Assistente Social na Saúde. Cabe ressaltar que com o propósito de subsidiar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na efetivação da política de saúde, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) elaborou os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais.

[...] referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde, [...] com orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços ora pelos empregadores desses profissionais”. (PARAMETROS, 2010, p. 11).

Assim, através deste documento busca-se referenciar a atuação dos assistentes sociais nesta área, voltando-se para o compromisso com o projeto ético-político profissional e fortalecendo os vínculos com os usuários, na defesa dos direitos desse segmento. Enquanto profissional comprometido com a classe trabalhadora na viabilização de seus direitos os assistentes sociais devem manter-se atualizado e se qualificar continuamente, pois é imprescindível para continuar a viver no mercado de trabalho. Estudar, pesquisar, não deve ser atividades desenvolvidas apenas na graduação. Se no cotidiano da prática profissional o assistente social não se atualiza, não questiona as demandas institucionais, não acompanha o movimento e as mudanças da realidade social, estará fadado ao fracasso e a uma reprodução mecânica de atividades, implicando numa prática desqualificada tornando-se um burocrata, não promovendo transformações significativas tanto no cotidiano da população usuária que se dirige a este setor nesta instituição, bem como a inserção do Serviço Social no mercado de trabalhista.

Quando questionadas **O que apresentaria de sugestões/mudanças para aprimorar/melhorar o trabalho/atuação do Assistente Social no HRS?**

Desenvolver atividades socioeducativas nas salas de espera; realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas; e realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temáticas de seus interesses (Entrevistada 03).

A partir da fala acima podemos perceber que a visão da entrevistada em volta-se na perspectiva para os usuários, para que diante da recuperação os pacientes e acompanhantes sintam-se fortalecidos diante do processo saúde-doença. Para tanto, é fundamental um profissional qualificado e capacitado capaz de construir novos canais e articulando uma correlação de forças centrado não apenas no caráter curativo, mas a promoção e proteção da saúde do usuário. É necessário compreender a saúde como bem-estar completo, físico, psicológico e social, ou seja, como direito positivado a todo ser humano.

Tal como afirma Vasconcelos (2011, p.503), E nesse sentido que o trabalho profissional dos assistentes sociais- tanto com indivíduos quanto com grupos - pode ter como objeto de reflexão crítica sobre uma temática de interesse de um usuário ou de um conjunto de usuários [...],quanto a execução de uma tarefa[...].

Desse modo, a autora coloca que tal espaço e ações desenvolvidas são importantes para a recuperação dos usuários, bem como para a família. É deste modo que o trabalho do/a assistente social deve ser pensado, buscando espaços que fortaleçam e favoreçam aos interesses da classe trabalhadora na defesa dos direitos humanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da discussão foi percebido que a saúde na contemporaneidade vem sofrendo a tensão entre dois projetos. De um lado o projeto de saúde pública que vem a ter como base de defesa a constituição de 1988, dando o mérito também ao movimento de reforma sanitária que lutou pela saúde pública de qualidade sendo executada por meio de um Sistema Único de Saúde - SUS. E o outro projeto é o privatista, que tem atuado na privatização dos serviços de saúde, tornando a saúde uma mercadoria e alvo de investimentos lucrativos.

Diante do contexto em vigência do projeto neoliberal na sociedade brasileira, na década de 1990, do privilegiamento das recomendações das agências multilaterais para as políticas sociais, a saúde enquanto política pública sofre impactos que tende a precarizá-la, reduzindo o âmbito da intervenção do Estado, e quando se processa essa intervenção esta se dá de forma parca, não sendo realizados serviços de qualidades, bem como, quantitativamente estes não tem conseguido dar de conta das demandas, os usuários da saúde pública não tem conseguido ter um acesso aos serviços desta, de modo que estes têm buscado como estratégia a saúde privada. Assim, para a saúde enquanto política pública tem prevalecido o trinômio neoliberal: privatização, focalização e descentralização.

Essa tensão entre os dois projetos se intensifica a medida que a constituição é promulgada em 1988, mas que em 1990 o projeto neoliberal passa a vigorar na sociedade brasileira. É nos anos seguintes que a tentativa da implantação do SUS sofre os impactos do projeto neoliberal, e este que tem como defesa os princípios de equidade, igualdade e universalidade ficaram restritos meramente no plano formal, onde no plano real prevalece a seletividade, o atendimento fragmentado serviços precários e parcos ao invés do cumprimento do princípio da integralidade e do atendimento universal efetivo, tendo também como desafio a defesa das propostas levantadas pelo Projeto de Reforma Sanitária que nos últimos anos vem sido desconstruída.

Para tanto, o trabalho do assistente social na saúde coloca-se bastante desafiador, pois a ação do assistente social não se reduz a práticas burocráticas, no

entanto, como forma de superá-la o assistente social precisa ter um arcabouço teórico-metodológico, técnico operativo e ético político articulado com os demais segmentos que defendem o SUS e o da Reforma Sanitária tendo como norte o Projeto Ético-Político do Serviço Social (PEPSS) o qual tem sua materialidade o nosso Código de Ética, a Lei de Regulamentação da Profissão (8.662/93) e as Diretrizes Curriculares, aprovadas pela ABEPSS (1996).

Outra questão desafiadora enquanto assistente social na área da saúde é a efetivação do Projeto Ético-Político, pois este defende uma sociedade mais justa e igualitária, sem dominação gênero, classe e etnia, vinculado ao compromisso com a classe trabalhadora contrapondo-se ao modo de sociabilidade imposta pelo modo de produção capitalista. Efetivá-lo não é uma tarefa fácil, diante da conjuntura atual, pois tal projeto objetiva efetivar e ampliar direitos de cidadania, o projeto neoliberal procura espoliá-los..

Assim percebeu-se diante a pesquisa realizada no HRS com os profissionais de Serviço Social, esses desafios apresentados: precárias condições de trabalho e rede, recursos reduzidos (política seletiva); autonomia falta de reconhecimento, humanização das relações, a instabilidade empregatícia, pois a maioria dos assistentes nesta instituição são profissionais contratados, onde os mesmos não têm direitos iguais como um empregado efetivo, como por exemplo, salários dignos, férias, terço de férias, jornada exaustiva, entre outros.

Dessa forma o assistente social tem como desafio encarar a defesa da democracia, das políticas públicas, a qual vem sendo estimulada pelas reformas estruturais sendo alvos da focalização, seletividade, fragmentação na saúde incidindo na prática profissional do serviço social. Enquanto profissional de Serviço Social este deve buscar estratégias e alternativas para enfrentar as dificuldades encontradas no dia-a-dia em seu local de atuação, identificando as necessidades dos usuários tendo como finalidade num melhor atendimento do SUS.

Tal como realidade pode ser modificada a partir de um processo de construção em que os assistentes sociais possam de fato se empoderar através do arcabouço teórico metodológico, ético-político e técnico-operativo que subsidia a profissão, o qual está consolidado no Projeto ético-político hegemônico no Serviço Social.

REFERÊNCIAS

BRASIL, **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Acesso em 10 de mar.2016

_____. **CONSTITUIÇÃO (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em:<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>. Acesso em 02 de maio de 2016.

_____, **Lei, Nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Acesso em 10 de mar.2016

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**. In Serviço Social e saúde/ Ana Elizabete Mota... [ET al.], (orgs). – 4. Ed. – São Paulo: Cortez; Brasília<DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

_____, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais/** Maria Inês Souza Bravo. – ed.- São Paulo: Cortes, 2011.

_____, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no capitalismo: Fundamentos sócio-históricos/** Maria Inês Souza Bravo. – ed. – São Paulo: Cortez, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996.

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social e Conselho Federal de Psicologia. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais e psicólogos (as) na Política de Assistência Social**. Brasília, 2010. Acesso em:02 de fev.2016.

CFESS. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília: 1993.

CFESS. **Resolução CFESS nº557, de 15 de setembro de 2009**. Dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais. Disponível em:<http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_CFESS_557_2009.pdf>acesso em 20 de outubro de 2015

Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 218, de 06 de março de 1997**– reconhece o assistente social como profissional da área de saúde. Disponível em:conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_97.htm acesso em 20 de novembro de 2015

COHN, Amélia. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo, Cortez, CEDEC, 2005. 6ª Ed

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

Ministério da Saúde/ Portal da Saúde

Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar> acesso:30 de abr 2016.

NETTO, Jose Paulo. **Ditadura e Serviço Social - uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo, Cortez, 1996. In: In BRAVO, Maria Inês Souza (org).Saúde e Serviço Social. São Paulo, Cortez; Rio de Janeiro, UERJ, 2004.

_____. **O Serviço Social na cena contemporânea**. In: Serviço social: Direitos sociais e competências profissionais. CFESS e ABEPSS (org.), 2009.

PAULO NETTO, José 1947. **Introdução o estudo do método de Marx**-1ed –São Paulo: Expressao Popular,2011

BRAVO, Maria Ines. [et.al]. **Saude e Serviço Social**-4 ed.-São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro; UERJ, 2009.

Saude,**serviço social,movimentos sociais e conselhos**:desafios atuais/Maria Ines Sousa Bravo,Juliana Souza Bravo de Menezes(orgs),- 2 ed- São Paulo:Cortez,2013.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: formação e alternativas na área da saúde**. 7. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, portador (a) do RG _____, tendo sido satisfatoriamente informada (o) sobre a pesquisa ANALISE DA PRÁTICA PROFISSIONAL DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS DO HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA, é desenvolvida a partir dos pressupostos do projeto ético-político do serviço social, a ser realizada sob responsabilidade da pesquisadora: **MARIA DO SOCORRO Q. FERREIRA DE ALENCAR**, e com orientação da Professora **PALOMA MARIA GOMES JÁCOME**, concordo em participar da mesma, com a garantia de anonicidade e sigilo com relação a todo seu conteúdo e que as informações coletadas sejam utilizadas para efeito de análise e divulgação científica. Estou ciente de que posso retirar esse meu consentimento a qualquer tempo, informando minha decisão aos pesquisadores, sem que isso acarrete nenhum tipo de prejuízo a minha vida pessoal.

Pesquisador: MARIA DO SOCORRO Q. FERREIRA DE ALENCAR

Endereço: RUA ANTONIO FRANCISCO PIRES

Telefone: (83) 98209-1973

E-mail: corrinhaq@hotmail.com

Orientador: PALOMA MARIA GOMES JÁCOME

E-mail: pallomajacome@yahoo.com.br

PESQUISADOR

PARTICIPANTE DA PESQUISA

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

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- **PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA/DEPUTADO MANOEL GONÇALVES - HRS**

1- PERFIL DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS

1.1- Idade: _____

1.2- Sexo: () Feminino () Masculino

1.3- Estado civil: Solteiro/a () Casado/a () Divorciado/a () Viúvo/a () Outros ()

1.4- Religião: Católica () Evangélica () Espírita () Agnóstica ()
Outras ()

1.5- Ano em que concluiu o curso: _____.

Qual instituição de ensino: _____.

1.6- Pós graduação: Não () Sim (). Caso sim, ano (s) de conclusão: _____,
_____, _____.

1.6.1- Em que nível: Especialização () Mestrado () Doutorado ()

1.6.2- Qual (is) instituição de ensino: _____.

1.6.3- Qual (is) área: _____.

2- INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS E DO SERVIÇO SOCIAL

2.1- Ano de ingresso no HRS: _____.

2.2- Qual vínculo empregatício: () Concurso Público () Contrato/Matrícula
() Codificação () Outros _____.

2.2- Trabalha em alguma outra instituição? Não () Sim ().

Qual (is)? _____.

2.3- Qual a sua percepção sobre o Serviço Social no HRS?

2.4- Quais as atribuições do Assistente Social no HRS? E na sua concepção, quais são os desafios enfrentados pelo Serviço Social no HRS no desenvolvimento de suas atribuições?

2.5- Existe integração entre o Serviço Social e as demais áreas do HRS, como se dá esta relação? Existe alguma dificuldade e/ou reconhecimento profissional por parte dos demais profissionais, qual (is)?

2.6- Diante, da atual conjuntura em que se estabelece a Política Pública de Saúde no Brasil qual a sua percepção acerca da efetivação dos princípios instituídos pelo Sistema Único de Saúde – SUS no HRS? E para a prática profissional do assistente social, como se dá esse enfrentamento

2.7- Você conhece os Parâmetros para atuação dos/as assistentes sociais na saúde? Não () Sim (). O que você acha deles? Por quê?

2.8- O que apresentaria de sugestões/mudanças para aprimorar/melhorar o trabalho/atuação do Assistente Social no HRS?
