



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

MÁRCIA CONCEIÇÃO DA SILVA

**VOZES NO SILÊNCIO:**  
Atuação da assistente social em hospitais

CACHOEIRA-BA

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

MÁRCIA CONCEIÇÃO DA SILVA

**VOZES NO SILÊNCIO:**

Atuação da assistente social em hospitais.

Trabalho monográfico de conclusão de Curso apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia UFRB, como requisito parcial para obtenção de título de bacharel em serviço social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup> Silvia de Oliveira Pereira.

CACHOEIRA-BA

2018

MÁRCIA CONCEIÇÃO DA SILVA

VOZES NO SILÊNCIO: atuação da assistente social em hospitais

Cachoeira – BA, aprovado em 25 de abril de 2018

BANCA EXAMINADORA



---

Profª. Drª. Silvia de Oliveira Pereira  
Presidente da Banca Examinadora



---

Profª Dra. Heleni Duarte Dantas de Ávila  
Membro da Banca Examinadora



---

Profª Dra. Jucileide Ferreira do Nascimento  
Membro da Banca Examinadora

A Painho e Mainha, por todo amor e apoio que me deram durante a realização do meu sonho que hoje se tornou apenas o primeiro degrau do meu sucesso.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente eu agradeço a Deus por ser o cento e fundador da minha existência.

É difícil agradecer todas as pessoas que de algum modo fizeram ou fazem parte da minha vida, por isso primeiramente agradeço a todos de coração.

Dedico esse trabalho a duas pessoas que amo muito e que fizeram de me o que sou hoje, pessoas que não tiveram oportunidade de estudar, que começaram a trabalhar cedo, que levaram muitas pancadas da vida e mesmo assim fez o impossível para prover para seus filhos um bom estudo, a meus pais (Francisco e Maria) gostaria de agradecê-los.

Agradeço a toda família Silva, em especial meus irmãos, Ângela e Marcos, e os meus tios, José e Rosalha, por incentivarem na minha caminhada.

Gostaria de agradecer a minha turma do Curso de Serviço Social que contribuíram direta ou indiretamente para esse momento.

Agradeço em especial os meus futuros colegas de profissão e atuais amigos (Geisa, Juliana, Luane, Tiago, Samile e Fabiano). Amo vocês, mas o meu jeito é bruto.

Nossa, e a família PJ com certeza não poderia faltar nesse agradecimento, afinal a PJ está presente em todo lugar.

Não posso esquecer-me de agradecer a família Ribeiro (Dora, Carol e Mônica) que me acolheram como membro da família quando estava precisando de um teto.

Por falar em teto não posso esquecer as Laschicas (Pati, Jéu, e Lari), que apesar das diferenças sobrevivemos juntas na alegria e na tristeza na saúde e na doença até que alguma coisa nos separe. Obrigada, meninas.

E por fim e não menos importante gostaria de agradecer a minha querida e amada orientadora, por sua paciência, compreensão, suas correções em vermelho, e principalmente pelo apoio e incentivo nessa reta final.

Levarei comigo conhecimento e lembranças de alguns professores da UFRB que com certeza contribuíram para esse momento à todos vocês, minha gratidão.

*“Do futuro só podemos prever á luta”*

*(Gramsci)*

## RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso intitulado de Vozes no Silêncio: atuação da assistente social em hospitais. Apresenta os resultados de inquietações adquiridas de uma experiência em uma instituição hospitalar localizada no interior da Bahia. A pesquisa tem como objetivo identificar os limites e possibilidades da atuação do Assistente Social no âmbito hospitalar, buscando discutir a política de saúde, analisar o hospital como espaço sócio-ocupacional do Serviço Social, caracterizando sua atuação no âmbito hospitalar na perspectiva do projeto ético-político profissional. Para realização do estudo optou-se por uma pesquisa qualitativa de caráter explicativo tendo como técnica a coleta de dados primários e secundários, através de pesquisa bibliográfica, revisão de literatura, e entrevista semi-estruturada através do GOOGLE DOC. Conclui-se que o Assistente Social, enfrenta precarização e limitações no seu trabalho cotidiano na área da saúde, principalmente nos espaço sócio ocupacional do hospital isso acaba prejudicando a sua atuação quanto ao cumprimento dos parâmetros.

**Palavras chave:** Assistente Social, Política de Saúde, Hospitais.

## ABSCTRAT

This work of course completion titled of Voices in the silence: acting of the social worker in hospitals. Presents the results of concerns acquired from an experience in a hospital institution located in the interior of Bahia. The objective of the research is to identify the limits and possibilities of the work of the social worker in the hospital area, seeking to discuss the health policy, to analyze the hospital as socio-occupational space of social service, characterizing its performance in Hospital scope in the perspective of the professional ethical-political project. For the study, a qualitative research of the explanatory character was chosen, taking as a technique the collection of primary and secondary data, through bibliographical research, literature review, and structured interview through GOOGLE DOC. It is concluded that the Social worker, faces precarious and limitations on his daily work in the area of health, especially in the occupational partner space of the hospital this ends up damaging its performance as to the compliance of the parameters.

Key words: Social worker, health policy, hospitals.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.

CAPS– Centro de Atenção Psicossocial.

CBAS – Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais.

CBCISS – Centro Brasileiro de Cooperação e Intercambio de Serviços Sociais.

CNS – Conselho Nacional de Saúde.

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social.

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social.

IAPS – Instituto de Aposentadoria e Pensões.

INAMPS - Instituto Nacional de Previdência Social.

LOAS – Lei Orgânica da Saúde.

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONGs – Organizações Não Governamentais

SUS - Sistema Único De Saúde.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>2. SAÚDE-UMA PERSPECTIVA SOCIAL .....</b>	<b>5</b>
<b>3. SERVIÇO SOCIAL: RUPTURA DO CONSERVADORISMO E O PROJETO ÉTICO POLÍTICO .....</b>	<b>12</b>
3.1 ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE .....	17
<b>4. DESAFIOS DO COTIDIANO HOSPITALAR: O QUE DIZEM OS SUJEITOS E OS SILÊNCIOS .....</b>	<b>21</b>
4.1 CONDIÇÕES DE TRABALHO E O COTIDIANO EM EQUIPE .....	23
4.2 A NATUREZA DAS DEMANDAS RESTRITAS AO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL .....	25
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIA .....</b>	<b>30</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>35</b>

## INTRODUÇÃO

O Serviço Social é uma profissão sócio-histórica que luta por direitos iguais e que atua em diferentes áreas, e suas atribuições são baseadas em seu código de ética e em seu parâmetro de atuação. Entre tantas áreas de atuação, a saúde é uma das mais antigas e a que mais centraliza os Assistentes Sociais.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo identificar os limites e possibilidades da atuação do Assistente Social no âmbito hospitalar. Buscando discutir a política de saúde, analisar o hospital como espaço sócio-ocupacional do Serviço Social, caracterizando sua atuação no âmbito hospitalar na perspectiva do projeto ético-político profissional.

A pesquisa emerge de questionamentos que foram impulsionados durante a vivência de estágio em uma instituição hospitalar, onde foram observados alguns aspectos do cotidiano do Serviço Social, no interior de uma política fundamental a vida e “sobrevida” da classe trabalhadora. Incluindo o cotidiano da profissão principalmente quando as demandas vão além de suas obrigações como profissional.

Durante o período de estágio foi difícil não notar algumas peculiaridades que acaba limitando o profissional e dificultando sua atuação em seu cotidiano. Acredito que o Assistente Social na saúde é de absoluta importância, porém é um trabalho precário que está cativo a uma hierarquia institucional.

A pesquisa é qualitativa de caráter explicativo tendo como técnica a coleta de dados primários e secundários, através de pesquisa bibliográfica, revisão de literatura, e entrevista semi-estruturada através do GOOGLE DOC. Segundo Minayo (1997) a metodologia é o caminho e o instrumental próprio da abordagem da realidade e incluir as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade social e também o potencial criativo do pesquisador.

Dessa forma, ressalta-se que a pesquisa proporciona a construção de novos conhecimentos acerca da realidade social por meio de teorias e confirmação de hipóteses levantadas pelo pesquisador. Tendo em vista a análise da compreensão do conceito. Foi feito um questionário com perguntas sobre o cotidiano do profissional na saúde, em especial na área hospitalar, que ficou disponível no

Google DOC do dia 16 de Janeiro de 2018 até o dia 28 de Fevereiro de 2018, garantindo o anonimato.

Entretanto o que podemos notar é que alguns profissionais não aderiram e não sustentaram interesse na pesquisa, dessa forma a mesma foi nomeada por motivo de não haver profissionais dispostos a falar sobre o seu cotidiano. Além disso, foi utilizado o Diário de campo pessoal que permitiu trazer algumas observações do cotidiano do estágio em um hospital no interior do estado da Bahia.

Nesse sentido o primeiro capítulo trata da questão da Política de saúde, a origem do hospital, e como a Reforma Sanitária contribuiu para na construção histórica do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). No segundo capítulo vem trazendo um resumo histórico da gênese do Serviço Social, da construção do projeto ético-político e os Parâmetros da atuação do Assistente Social na saúde. E não menos importante o terceiro capítulo vem trazendo a coleta de dados da pesquisa, as vozes e o silêncio dos profissionais eu atuam em hospitais.

## 2. SAÚDE – UMA PERSPECTIVA DA POLÍTICA SOCIAL

O conceito saúde está ligado a uma série de elementos básicos, considerados necessários para a sobrevivência humana, como acesso a moradia, saneamento básico, alimentação, lazer, segurança etc., contudo a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um completo bem-estar físico, mental e social. Esta concepção é limitada e possivelmente carregada de aspectos de difícil interpretação e materialização dada a ideia de “completo bem-estar”, sendo necessários outros aportes teóricos para o debate.

Assim, deve-se considerar, tal como Carvalho e Buss (2012), a saúde como:

“Produto de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida, como padrões adequados de alimentação e nutrição, habitação e saneamento, trabalho, educação, ambiente físico limpo, ambiente social de apoio a famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. (p.131)”.

A saúde não é apenas ausência de doenças e segundo a legislação brasileira, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, cabendo ao poder público (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) garantir este direito” (BRASIL, 1988), através de políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de adoecimento e morte bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Entretanto há outras definições de saúde, em que a liberdade social corresponde a uma vida saudável. Segundo Sen (1999), uma pessoa saudável, no sentido do conceito ampliado de saúde, é uma pessoa mais disposta para o trabalho, para a participação da educação de seus filhos, para promoção do auto cuidado, para realizar o controle social do serviço, é uma pessoa que se sente valorizada e estimulada a buscar conhecimento e desenvolver o seu local de moradia, enfim, seria um cidadão livre. Essa proposta desenvolvida por Sen é classificada como ideologia liberal e busca estimular a autonomia do indivíduo quanto aos seus direitos de cidadão.

Outra perspectiva voltada para a determinação social e histórica da saúde é encontrada em Contandriopoulos (2000) que afirma ser a saúde o tempo e o percurso da vida, e assim é determinada e condicionada por fatores biológicos, subjetivos, culturais, sociais, econômicos, ambientais, políticos e históricos. Essa

visão permite uma perspectiva de totalidade que amplia o campo da saúde individual para a coletividade e convida a refletir sobre a responsabilidade compartilhada entre as pessoas, que inclui o Estado, na manutenção e assistência à saúde.

Na direção de pensar o lugar do Estado no que se refere à saúde, destaca-se que no século XVIII, a população passa a ser considerada como um bem do Estado, a partir dessa época começam a ser desenvolvidas as políticas de saúde, pois a saúde passa a ser considerada, como política de proteção contra riscos, tanto ambientais quanto sociais. Por muito tempo o país enfrentou grandes epidemias sendo uma das principais causas a falta de saneamento básico, naquela época as poucas pessoas que tinham direito a saúde eram os trabalhadores do mercado formal.

A saúde brasileira passou por uma grande evolução, no ano de 1923 é criado as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS), consideradas como o marco inicial da previdência no Brasil, no governo do Presidente Getúlio Vargas no ano de 1933, as CAPS são substituídas por Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAPS), que no ano de 1966 na época da Ditadura Militar foram unificados para a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), comandada pelo Estado (BRAVO, 1996).

Durante a Ditadura militar foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com o objetivo de proporcionar atendimento médico para os contribuintes da previdência social, tendo como característica médico assistencial privatista. O INPS financiou empresas privadas que desejassem construir seus hospitais (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Através dos recursos financeiros da Previdência Social, associada à medicina curativa, houve uma grande expansão das faculdades particulares de medicina por todo o País.

O movimento sanitário no Brasil começa com profissionais de saúde que surge no interior dos departamentos de medicina, dando início ao processo de distensão na procura da legitimação, o governo não tendo mais apoio econômico começa a lançar mão das políticas sociais, mais a sociedade brasileira passa a se organizar no processo de articulação com vários movimentos sindicalistas, liberais entre outros, nesse contexto em função da base teórico crítica da medicina preventiva surge à Reforma Sanitária (PAIM, 2008).

O Movimento Sanitário teve origem a partir de uma abordagem preventiva dos problemas de saúde, sendo discutida nas universidades do País, a partir dessas discussões foi gerada a base para a Reforma Sanitária. Vaitsman (1989) afirma que

o Movimento Sanitário se caracteriza através de diferentes entidades de natureza funcionais, políticas e organizacionais agindo de forma ética visando os interesses coletivos, dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos.

Segundo Silvia Gerschman, (1995, p. 41), este movimento,

“Foi influenciado pelo modelo da reforma sanitária italiana e desempenhou, também, um papel importante em organismos internacionais, como a Organização Pan-americana da Saúde (OPS), e nas experiências alternativas de saúde que foram implementadas em alguns municípios brasileiros na década de 70. A partir da abertura política e no período em que ia bem avançada a transição à democracia, passou a ocupar espaços importantes nos aparelhos institucionais da saúde no âmbito do governo federal, assim como, nos governos estaduais e municipais”.

O Movimento Sanitário tinha como alvo produzir mudanças de valores que predominassem na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo central de transformação e a solidariedade como importância estruturante (BRAVO, 1996). Tendo como autores principais, movimentos sociais, organizações, e sociedade civil. A Reforma Sanitária veio para solidificar, trazendo propostas que conduzissem à ampliação de direito a cidadania para as populações marginalizadas pelo capitalismo.

A Oitava Conferência Nacional de Saúde que aconteceu em 1986, parte do pressuposto político e conceitual que a saúde é “direito de todos e dever do Estado” (CF 1988, art. 198), tendo como proposta principal a Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, que como resultado nasce o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo aprovado pela Constituição de 1988, mas não havia uma lei que especificasse detalhadamente esse sistema, a partir dessa necessidade, foi criada a Lei Orgânica da Saúde em 19 de setembro de 1990, Lei 8.080/90, e que foi complementada pela Lei 8.142/90, em 28 de dezembro do mesmo ano. Assim, a Lei 8080/90 refere-se ao funcionamento do SUS, seus princípios e diretrizes (BRASIL. C.F, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos melhores sistemas utilizados no mundo no tocante ao direito à saúde e na perspectiva da política social. Destaca-se que o SUS tem a sua construção a partir de diferentes atores e movimentos sociais que entram em cena no Brasil antes da sua inclusão na Constituição Federal de 1988. Nesse sentido é considerar a afirmação de Célia Ramos (1996) que diz que o Sistema Único de Saúde inovou na sua teoria de atuação política no Brasil através

de propostas definidas de participação e desenvolvimento do controle social do sistema por meio da articulação de três grupos distintos (Estado, setores da saúde e sociedade civil).

Ramos, (1996, p. 331) afirma que,

De qualquer forma, não há como negar que os Conselhos de Saúde podem ser definidos como um projeto preocupado em assegurar a presença da sociedade civil, de forma realmente efetiva, participativa, na defesa dos interesses da população, na geração de políticas do setor, no acompanhamento da consecução das mesmas e na avaliação do sistema como um todo ou em relação a programas específicos. Sua existência de maneira alguma pretende inibir que a cidadania se organize de forma autônoma e busque formas próprias de reivindicações. Do ponto de vista da subjetividade do discurso político-institucional e jurídico, tal efeito não é sequer desejado, já que a lógica de implantação do SUS pretende, através da descentralização, democratizar a área administrativa, tornar a estrutura de poder mais flexível e possibilitar tomadas de decisão que levem em conta vários pontos de vista. Poderíamos resumir dizendo que é uma tentativa de pensar o sistema como um todo atuando localmente. Tais objetivos, se atendidos, tenderão a promover o fortalecimento da sociedade civil e de seus órgãos participativos.” (RAMOS, 1996, p. 331).

A participação da sociedade civil, contudo, não tem alcançado o propósito de melhorar qualitativamente a atenção à saúde. Apesar das grades mudanças obtidas durante a reforma sanitária e dos avanços na saúde, o SUS tendo a função de cuidar de toda necessidade da saúde de forma integral, é um sistema que precisa de muitos recursos para se sustentar e isso se torna um grande desafio para mantê-lo funcionando o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é descentralizado.

Ou seja, o Governo Federal (União), Estados e Municípios dividem a responsabilidade de forma integrada, garantindo o atendimento de saúde gratuito a qualquer cidadão através da parceria entre os três poderes.

O atendimento pelo SUS está dividido em níveis de atenção, no primeiro, está a Atenção Básica composta primordialmente pelas Unidades Básicas e Postas de Saúde, no segundo, estão as Clínicas de especialidades, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Escolas, e no terceiro, estão os Hospitais de Grande Porte, onde são realizadas atividades de maior risco à vida. (BAHIA, 2005).

Apesar do SUS preconizar a reorientação do modelo assistencial (TEIXEIRA & SOLLA, 2005) que implica em ter a Atenção básica como ordenadora do sistema



de saúde com vistas a implementar a perspectiva promotora da saúde superando a lógica curativa e centrada nas tecnologias mais densas, o hospital é ainda um espaço de grande importância para a garantia do direito à saúde e é atravessado por muitas contradições.

O hospital é um ambiente onde tem vários tipos de profissões, seguindo sempre uma ordem hierárquica partindo sempre de um princípio racional, buscando garantir assistência médica para a população, de forma curativa e preventiva, é um espaço que está ligado aos campos econômico, acadêmico e social. Para Ornellas (1998), hospital é definido como "o lugar onde os doentes podem ser observados, a causa de suas doenças descoberta, tratados e curados." Assim, o hospital guarda uma complexidade e um conjunto de especificidades que vão desde a sua estrutura física, até a lógica de organização dos atendimentos e cuidados mais complexos. Trata-se de um espaço voltado não apenas para amenizar a dor dos enfermos, mas, sobretudo pensando para ser um serviço que abarque uma assistência médica, buscando a cura e muitas vezes estão deslocadas dos demais serviços da rede assistencial.

Há uma trajetória histórica que permite compreender esse lugar ocupado pelos hospitais. Os primeiros hospitais foram criados como locais de isolamento de doentes, loucos, devassos e prostitutas, onde a caridade se exercia como uma prática cristã. O hospital até o começo do século XVIII exercia a função de transição entre a vida e a morte, local de salvação espiritual mais do que material, aliada à função da saúde geral da população (FOUCAULT, 1984).

Uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não existia para pobres, mulheres desamparadas, velhos e doentes crônicos sob os cuidados de monges e religiosos. Constituíam-se o último recurso que a caridade oferecia para o paciente pobre. Segundo Foucault (1984), o principal alvo das intervenções não era o doente, mas o meio que o cercava, já que a doença era concebida como um fenômeno da natureza que se desenvolvia por uma ação particular do meio sobre o indivíduo. Somente no final do século XVIII o hospital torna-se um instrumento destinado a curar. Esta mudança é assinalada pela realização de visitas com observações regulares nos hospitais. Nesta época o hospital não possui conhecimento dos efeitos e as conseqüências das doenças.

Segundo Foucault (1984) a partir da transformação dos locais de isolamento em Hospital como um instrumento de cura, ocorre à separação da administração eclesiástica e o médico deixa de ser um funcionário dos sacerdotes e dos religiosos. Os médicos tornam-se uma presença constante no Hospital e cria um sistema diário de visitas e atenção específica aos pacientes.

No entanto, com as mudanças decorrentes na sociedade devido à modernização e ao processo econômico, surgiram novas intervenções no campo da prática médica, fazendo com que o método de trabalho imposto a um único trabalhador, o médico, fosse transformado em um campo de práticas que buscassem intervir de forma coletiva. De um ato profissional isolado para uma prática coletiva, trazendo assim, a valorização de novas profissões.

Atualmente os hospitais são organizações médicas e social, amplas estruturas construídas com o intuito de oferecer, cuidado e saúde com diversas especializações e procedimentos. Podendo diferenciar conforme, área geográfica, financeiro e público, com profissionais de varias áreas de atuação.

Conforme Azevedo, 1993 apud Gurgel e Vieira, (2002, p. 329);

“Atualmente a organização hospitalar é uma das mais complexas, não apenas pela nobreza e amplitude da sua missão, mas, sobretudo, por apresentar uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia, para dar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador a pacientes em regime de internação, onde se utiliza tecnologia de ponta de rotina e crescentemente. E se constitui, ainda, num espaço de prática de ensino-aprendizagem e produção científica”.

O hospital é um local que tem como proposta fornecer assistência a população, é considerado também um espaço sócio ocupacional devido os resultado de uma construção histórica, de lutas e conquistas onde o cotidiano da profissão de Serviço Social se torna reconhecida, e necessária em uma instituição de saúde.

Não é redundante afirmar que é necessário criar estratégias para superar os desafios que o SUS enfrenta todos os dias que atingem também a instituição hospital. Apesar de falhas e problemas que o SUS enfrenta ele continua sendo uma das principais portas de acesso a saúde da população do país.

Contudo o cenário atual da política de saúde vive uma fase que requer cuidados, Segundo Paim (2006) o cenário é regressivo, extremamente grave e

preocupante diante das medidas contrárias aos direitos sociais assegurados pela Constituição de 1988, que também vão contra os interesses nacionais e a democracia, além de comprometerem a vida e a saúde da classe trabalhadora.

A partir de 2015, quando se instaura mudança de governo resultante de um golpe institucional midiático no Brasil, esse cenário de regressões no SUS vem apresentando maior relevância, pois vivencia-se um desmonte das políticas sociais e a saúde é afetada sobremaneira especialmente no que se refere ao financiamento público e aos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Entretanto os setores democráticos e populares cada vez mais discutem a situação, se mobilizam, se articulam e se organizam para resistir ao golpe. Essa situação tende a afetar a atuação do Serviço Social.

### **3. SERVIÇO SOCIAL: RUPTURA COM O CONSERVADORISMO E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO**

O Serviço Social é uma profissão que sofre influência do cotidiano onde as demandas são de caráter imediato, tendo suas intervenções fundamentadas no projeto ético-político. Segundo Guerra (2005) as ações do Assistente social devem ser respaldadas em conhecimento da totalidade social com arcabouço teórico contribuindo com as diferentes dimensões da profissão.

O Assistente Social é responsável por fazer uma análise da realidade social e institucional, e intervir para melhorar as condições de vida do usuário. A profissão é construída e reconstruída no cotidiano, através do olhar do profissional sobre a realidade e sua capacidade de identificar criticamente o que aparece enquanto demanda. Desta forma, para que haja a intervenção profissional em seu objeto de trabalho, o assistente social se apropria de um arsenal de instrumentos.

A adequada utilização desses instrumentos necessita de capacitação profissional que busque aprimorar seus conhecimentos e habilidades nas suas diversas áreas de atuação. Segundo Santos (2006) a profissão de Serviço Social surgiu no Brasil por volta dos anos 30 do século XX depois da consolidação da industrialização no cenário da economia brasileira quando se configura no país a classe operária, que ao tempo em que apresentava demandas por direitos, compelia o Estado a estabelecer um controle sobre essa força social no interior dos antagonismos capitalistas.

Segundo Yamamoto e Carvalho (1988), a conjuntura política e social presente nesse momento simbólico do desenvolvimento capitalista, são marcados por conflito das categorias, pelo crescimento numérico e qualitativo da classe operária urbana e pelas lutas sociais contra a exploração do trabalho e defesa dos direitos de cidadania e crise hegemônica, entre as frações burguesas e a movimentação das classes subalternas tendo como resultado a participação da Igreja no campo de intervenção na vida social. O Serviço Social em sua gênese, contudo, trouxe características conservadora, voltada a moral cristã dominada pela burguesia.

A partir de Santos (2006 p.30-31) é possível verificar que;

“Na década de 1930, a Igreja busca consolidar sua posição na sociedade civil ao mesmo tempo em que o Estado busca o seu apoio. Dessa forma, Igreja e Estado se aliam no sentido de

buscarem uma resposta minimamente satisfatória aos anseios do proletariado.”

Em outras palavras, a gênese da profissão está vinculada ao pacto Igreja e Estado na representação da classe e dos valores burgueses voltadas para “atender” demandas do proletariado. Deve-se ressaltar que o Estado reproduz a contradição do sistema de produção capitalista e ainda que represente a classe social dominante produz concessões às demandas da classe trabalhadora. Segundo Netto (2005) esse perfil contraditório faz com que o Estado ao mesmo tempo busque o acúmulo de valores, sustente uma idéia de liberdade e garantia de direitos sociais para o proletariado, mantendo assim o controle por meio de ação estratégica de manutenção da estabilidade política e social do país. Entretanto Netto (2005) também afirma que é inevitável o rompimento com o tradicionalismo afinal suas ações precisavam ter uma base teórica para suprir as necessidades da profissão.

O Serviço Social começa a teorização com a realidade brasileira através do Documento de Araxá, sendo assim era preciso que a prática profissional fosse mais pautada em princípios teóricos e em ações que servissem melhor à sociedade brasileira (AGUIAR, 1989). Segundo Netto (2005) o Documento de Araxá, como o nome sugere foi um documento criado com o intuito de regular a prática em princípios teóricos, rompendo com o tradicionalismo e buscar novos objetivos metodológicos para a reconceituação do Serviço Social que atua nas expressões e contradições do sistema capitalista de produção, respondendo a necessidade social dos usuários “o Serviço Social atua na base das inter-relações do binômio indivíduo-sociedade” (DOC. Araxá, 1965, p.11) sendo que um dos principais objetivos do profissional é atuar na transformação social.

O movimento de reconceituação do Serviço Social no Brasil aconteceu em meio à ditadura militar marcada por lutas e conquistas, foi um passo importante para romper com o tradicionalismo da profissão, onde foram realizados eventos organizados pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviço Social (CBCISS), e tendo como apoio a Associação Brasileira de Serviço Social (ABESS), o intuito desses eventos era elaborar teorias profissionais com que pudessem intervir no agir profissional. Alguns documentos foram criados com o propósito de afirmar a perspectiva de modernização da profissão sendo eles o de Araxá, Teresópolis, Sumaré e Alto da Boa Vista.

Segundo Yamamoto, (2000, p.37).

“a ruptura com a herança conservadora expressa-se como uma procura, uma luta por alcançar novas bases de legitimidade da ação profissional do Assistente Social, que, reconhecendo as contradições sociais presentes nas condições do exercício profissional, busca-se colocar-se, objetivamente a serviço dos interesses dos usuários, isto é, dos setores dominados da sociedade”.

A profissão de Assistente Social ganhou espaço e reconhecimento depois da ruptura com o conservadorismo. A atuação do Serviço Social é pautada pelas dimensões do projeto ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo, através da Lei nº 8.662/1993 que regulamenta a profissão, sendo este, instrumento de aparato legal que respalda e ampara os assistentes sociais no seu fazer profissional independente do campo sócio ocupacional. O profissional de Serviço Social além de atuar na área da Assistência Social, atua também na Saúde, Educação, Previdência, Habitação, Lazer e Sócio Jurídica, tendo como atribuição planejar, gerenciar, administrar, assessorar políticas, programas e serviços, todas as suas atribuições e competências estão registradas e regulamentadas no seu código de ética.

É necessário entendermos que a forma como enxergamos a “questão social”, e suas expressões, tais como: desemprego, fome, doenças, violência, falta de acesso aos bens e serviços sociais (moradia, creches, escolas, hospitais, etc.), bem como dos valores que orientam tais concepções, são mediações que incidem sobre os meios e modos de responder às demandas profissionais. O que se denomina questão social atualmente é uma importante categoria teórica para a profissão. Segundo Netto (2001) a questão social está vinculada ao modo de produção capitalista e suas contradições, ela representa a expressão da desigualdade de classes, bem como as estratégias da classe trabalhadora para enfrentá-las.

Segundo Iamamoto (2001), a Questão Social pode ser definida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, dominado por uma parte da sociedade.

Segundo Carvalho e Iamamoto (1983, P.77).

“A questão social não é senão a expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento

como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão.”

A questão social se expressa a partir da consciência da classe trabalhadora enquanto classe política, que passa a exigir do mercado e do estado melhor condições de vida e de trabalho, sendo que a riqueza produzida não é igualitária. O processo do surgimento da profissão está ligado à produção capitalista, voltada às doutrinas da igreja dominada pelo Estado e burguesia.

No processo de institucionalização e profissionalização do Serviço Social no Brasil, foi extremamente relevante para o enfrentamento das expressões da questão social a criação de espaços sócio-ocupacionais da profissão, tanto no âmbito público como no privado, a formação desses espaços consolidou a importância da profissão para a sociedade brasileira. Aos poucos o Serviço Social vai desenvolvendo a prática de atuação como profissionais formados em bases teórico-metodológicas, tentando superar o tradicionalismo.

Segundo Netto, (p.131);

“Entendemos por renovação o conjunto de características novas que, no marco das restrições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou a base do rearranjo de suas tradições e da assunção do contributo de tendência do pensamento social contemporâneo, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de resposta a demandas sociais e da sua sistematização, e da validação teórica, mediante às teorias e disciplinas sociais.”

É possível notar que ao assumir uma perspectiva teórica o Serviço Social se coloca no lugar de uma agente social de transformação, onde faz parte de um projeto societário, que na literatura da profissão é denominado projeto ético-político.

O projeto ético-político é um projeto societário que busca uma nova ordem social, sendo que o capitalismo não permite uma sociedade justa e igualitária uma vez que sua produção é fundamentada na desigualdade social, buscamos uma nova ordem social. Segundo Netto (2007) a construção do projeto ético-político ocorre no final dos anos 70 tendo como ponto de partida o Congresso da Virada (CBAS), mais o movimento ganha força nos anos 80 com início da redemocratização da sociedade brasileira e com a ruptura do conservadorismo da profissão.

Segundo Manfroi (2003, p.10):

[...] o projeto ético-político do Serviço Social delineou-se a partir de um processo de reflexão e amadurecimento profissional, de um processo de avaliação da atuação profissional, bem como na sua inserção nas lutas sociais contemporâneas, lutas estas de ampliação de direitos, de democracia, de participação social e no processo coletivo do trabalho.

O Assistente Social é um trabalhador que está inserido nas várias dimensões da realidade, inclusive na precarização da relação do trabalho, e como qualquer outro trabalhador assalariado desse País, sofre com as demandas impostas pelo capitalismo. Nesse sentido a precarização da relação de trabalho contribui para o conservadorismo profissional.

Para que venha se consolidar o projeto ideológico é importante. Segundo Paiva e Sales (2003), a ruptura do Serviço Social com suas perspectivas conservadoras como o neotomismo e o funcionalismo, quando é materializada a adesão do projeto profissional do Serviço Social à defesa do projeto societário da classe trabalhadora. O assistente social torna-se um profissional crítico tendo esclarecimentos quanto a uma liberdade justa e igualitária.

Conforme Netto (2007 p. 148-149), explica;

“[...] a denúncia ao conservadorismo do Serviço Social não surgiu repentinamente na verdade, desde a segunda metade dos anos sessenta (quando o Movimento de Reconceituação, que fez estremecer o Serviço Social na América Latina, deu seus primeiros passos), aquele conservadorismo já era objeto de problematização”.

A consolidação e afirmação do projeto vieram em 1993 depois da reformulação do código de ética profissional, que trouxe consigo princípios de liberdade e conquistas de direitos sociais, além de outros valores elencados a lei de regulamentação da profissão Lei 8.662 de 1993. Netto (2001) define o projeto ético-político como “auto-imagem” da profissão, o autor fala que a construção do projeto é baseada coletivamente em aspectos éticos, legais, e técnicos.

Segundo Netto (2001, p.4);

Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão elege os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais



privadas e públicas (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais).

Apesar do projeto ético político não ser tangível, o seu valor é extremamente importante para o exercício profissional, segundo o CFESS (2012) o projeto está legalmente aparado pela lei e pelo código de ética, baseado no referencial Marxista de perspectiva hegemônica, sendo a favor da classe trabalhadora. Contudo ainda no cotidiano é possível observar questões quanto à efetivação do projeto, afinal é necessário ter um conhecimento empírico sobre a realidade social.

### **3.1 Atuação do Serviço Social na Saúde**

O Serviço Social, cuja gênese aponta para o conservadorismo, tal como analisado por Bravo (2006) é desenvolvido e consolidado como profissão da área de saúde a partir da influência européia no pós guerra. Depois a influência norte-americana substitui a européia através dos resultados do capitalismo que ao se constituir como um modo de produção ancorado na exploração de uma classe sobre outra gera condições que requerem estratégias interventivas por parte do Estado, bem como apresenta reações e conjuntos de lutas da classe trabalhadora.

Bravo (2006) fala ainda que, uma das principais causas do Serviço Social ingressar na área da saúde é graças a Organização Mundial da Saúde (OMS) que no ano de 1948 cria o novo conceito de saúde onde destaca a grave condição de saúde da população, determinado a necessidade do trabalho em equipe multidisciplinar. Destacando as atividades do Serviço Social na prática educativa da higiene e saúde.

Entretanto, segundo Castro (1984) o primeiro contato da profissão com a área de saúde foi durante a criação da primeira escola de Serviço Social no Chile em 1925, onde por influência de Alejandro Del Rio, que era médico criou uma escola para formar profissionais que auxiliassem o trabalho do médico.

O Serviço Social é uma profissão histórica moldada pela realidade social, do cotidiano, onde lidamos com o singular e o universal. A atuação do Serviço Social é pautada pelo seu projeto ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo, através da Lei nº 8.662/1993 que regulamenta a profissão, sendo este, instrumento de aparato legal que respalda e ampara os assistentes sociais no seu fazer profissional independente do campo sócio ocupacional.

O CRESS-SP fala que as atribuições do Assistente Social são;

[...] pautadas em suas ações pela defesa de direitos e efetivação/consolidação das políticas sociais. Atua na política da Assistência Social, tanto na gestão, como no planejamento e execução dessa política, além da inserção em outras políticas sociais como saúde, previdência, educação, trabalho, nos segmentos da criança e adolescente, idosos, grupos étnicos, etc. Atua ainda nas empresas, ONGs, entidades assistenciais, entre outros espaços de enfrentamento às expressões da “questão social”. O Serviço Social protagonizou a construção, a aprovação e a implementação da LOAS no Brasil.

O Código de Ética do Assistente Social assegura uma prática que direciona os deveres e atividades frente às diferentes demandas e situações em relação à prática profissional principalmente da saúde onde apresenta garantias frente às políticas de saúde através do SUS. Segundo Souza, (2009) é atribuído à categoria do Serviço Social, todo aparato legalizador necessário para a atuação profissional do assistente social na área da saúde, com todo embasamento ético-político, teórico-metodológico e técnico-operacional específicos na área da saúde. Os Assistentes Sociais são reconhecidos e caracterizados como profissionais de saúde tanto pela Resolução nº 218 de 6/03/1997 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, quanto pela Resolução do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, nº 383, de 29/03/1999.

Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais é um documento elaborado pelo CEFSS/CRESS sucedida de diversas reuniões sobre as atribuição e competência do Assistente Social na saúde. A atuação do Assistente Social se tornou de grande importância na saúde e foi necessária a criação de um documento na revisão da atuação profissional que foi necessária para a discussão da prática.

Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CEFSS, 2010), afirmam que:

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras.

O Serviço Social em seu cotidiano da prática busca estabelecer um trabalho em equipe multidisciplinar dispondo de distintas interpretações das

condições do usuário. Conforme os Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2010) os assistentes sociais atuam em quatro eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

Segundo os Parâmetros (CFESS, 2010 p.29.);

“[...] Compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde [...]”

Nesse sentido apesar das contradições em relação à atuação do profissional em seu espaço ocupacional é importante considerar que o trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, da saúde. O assistente social, ao ocupar espaço de um trabalhador em equipe multidisciplinar na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. Este profissional deverá saber exatamente qual é o seu papel nesse campo.

#### **4. DESAFIOS DO COTIDIANO HOSPITALAR: O QUE DIZEM OS SUJEITOS E OS SILÊNCIOS.**

Este capítulo tem como proposta discutir os resultados obtidos na pesquisa de campo que se caracteriza como etapa essencial do trabalho. Através das respostas obtidas nas entrevistas com os profissionais e da vivência no cotidiano como estagiária.

Nessa perspectiva cabe destacar que o principal resultado da pesquisa foi o “Não Dado”. Conforme apresentado na introdução deste trabalho, o convite para responder ao questionário circulou em redes sociais (Facebook, whatsapp, instagram) por mais de trinta dias, tendo sido enviado por essa pesquisadora/discente, por sua orientadora, que participa de muitos grupos com assistentes sociais que atuam em saúde e por mais duas pessoas. O alcance do convite foi no mínimo de 200 pessoas. Apenas 08 (oito) pessoas responderam ao questionário que tinha perguntas fechadas e espaço para comentários, construindo as questões abertas.

Destaca-se que no mesmo período, outra pesquisa de âmbito e graduação na mesma universidade, curso, orientadora que utilizando a mesma estratégia, mas tratando de outro tema no campo da saúde que a prática profissional alcançou pelo menos 50 respondentes. Constata-se também que o silêncio, é recorrente principalmente na questão do cotidiano da prática profissional na saúde, uma vez que há pelo menos dois casos de colegas de curso com a mesma temática de pesquisa, e estratégias metodológicas distintas e não teve sucesso em relação ao número de respondentes. Exatamente essas experiências de não adesão motivaram a estratégia metodológica acima descrita que por ser mais impessoal talvez alcançasse maior aprovação.

A baixa aceitação significa que possivelmente a questão está na relação entre público e tema da pesquisa, em outras palavras, o silêncio leva a perguntar o porquê de assistentes sociais não aderirem à pesquisa que falem de sua atuação em hospitais, particularmente no recôncavo, que mais foi alcançado pelo convite.

Contudo, as 08 vozes foram extremamente relevantes. Elas rompem um silêncio e contribuem para expor nuances do cotidiano.

Inicialmente apresentam-se os dados acerca do perfil dos oito profissionais que aceitaram participar da pesquisa, enfatizando que todos os sujeitos que

participaram da entrevista são do sexo feminino, na faixa etária entre 32, e 54 anos. Sendo que seis delas se consideram pardas, uma caucasiana e uma negra.

A profissão de serviço social é historicamente composta na maioria por mulheres desde a sua gênese, quando o assistencialismo estava unido ao conservadorismo, igreja e a caridade.

Como afirma Iamamoto; e Carvalho, (2007, p. 172).

“Aceitando a idealização de sua classe sobre a vocação natural da mulher para as tarefas educativas e caridosas, essa intervenção assumia, aos olhos dessas ativistas, a consciência do posto que cabe à mulher na preservação da ordem moral e social e o dever de tornarem-se aptas para agir de acordo com suas convicções e suas responsabilidades. Incapazes de romper com essas representações, apostolado social permite àquelas mulheres, a partir da reificação daquelas qualidades, uma participação ativa no empreendimento político e ideológico de sua classe, e da defesa facultada um sentimento de superioridade e tutela em relação ao proletariado, que legitima a intervenção”.

É possível notar que a sociedade criou uma idealização onde a mulher é como a “moça boazinha” da caridade, essa ideia ainda é compartilhada no cotidiano da prática, pois vivemos em uma sociedade machista e patriarcal.

Todas as respondentes se graduaram entre os anos 1990 e 2013, e levaram um espaço de tempo entre três e quatro anos para se inserirem na área de saúde em especial no âmbito hospitalar. Quatro delas atuam a mais de dez anos em hospital, e três entraram recentemente, entre dois ou três anos e uma está a quase dez anos atuando na área.

Entre elas cinco, moram na capital e três no interior da Bahia. Quanto ao campo de atuação, seis delas atuam em hospital público do SUS, uma em hospital gerido por uma organização social e uma em hospital Filantrópico.

Em relação à relevância do Serviço Social no hospital, seis delas responderam que a atuação do Assistente Social é importante para o usuário e sua família, o que demonstra por parte das respondentes uma identificação maior com a população que com a instituição.

#### **4.1. Condições de trabalho e o cotidiano em equipe**

Esta seção apresenta os dados relativos às questões que abordam o cotidiano profissional em relação à equipe, trazendo o hospital como espaço de múltiplos profissionais e o auto-reconhecimento do profissional em relação ao seu vínculo com a equipe multiprofissional.

Na questão a resolução de demandas para o Serviço Social que requerem a participação e diálogo com outros componentes da equipe multidisciplinar, quatro das respondentes afirmaram que tem alguma dificuldade, três disseram que resolvem com facilidade e apenas uma informou encontrar total dificuldade em trabalhar com outros profissionais.

Quando perguntadas sobre as categorias profissionais que mais realizam parceria com o Serviço Social, sete respostas informam que são as Enfermeiras, seguidas da mesma quantidade de respostas que apontam os Psicólogos, dentre elas quatro responderam que são os Técnicos e outras quatro responderam que são os Recepcionistas. Com esse resultado podemos perceber que as parcerias com o Assistente Social são na maioria profissionais que estão em contato direto com o cotidiano social dos pacientes, e como no Serviço Social a maioria dessas profissões são historicamente e socialmente composta por mulheres. Segundo Mészáros (2002, p.07) “[...] a causa da emancipação e da igualdade das mulheres envolve processos e instituições mais importantes que toda a ordem sócio metabólica”. Apesar de todo machismo na sociedade em que vivemos é importante lembrarmos as conquistas obtidas pelas mulheres durante anos de luta.

Conforme as respostas ao questionário, o Serviço Social tem um espaço específico para o seu atendimento, sete delas afirmaram que fazem reunião técnica com sua equipe. Assim relata a Entrevistada 2:

*E2 “[...] ocorrem de forma a alinhar condutas e tornar horizontais as relações e ações das disciplinas em prol do acesso aos direitos sociais e participação do usuário SUS / família no processo de tratamento do paciente.”*

Em outra pergunta sobre reunião com outros profissionais cinco delas falaram que algumas vezes tem reunião com outras equipes, porém ainda é difícil manter essa articulação com frequência, conforme afirma a Entrevistada 8:

*E8 “Há uma certa divisibilidade, ainda existem muito preconceito entre outros profissionais.”*

Quando questionado sobre a precarização do trabalho seis delas falaram que às vezes as condições do trabalho são precárias. A entrevistada 3 diz que:

*E3 “A maior dificuldade é trabalhar com a rede assistencial que está cada vez mais precarizada. O desmonte da política de saúde dificulta um trabalho com respeito ao cidadão.”*

Os profissionais estão trabalhando em condições precárias, isso afeta no desenvolvimento da prática. Segundo Druck (2011) a precarização do trabalho é uma estratégia de dominação do capitalismo flexível, que materializa principalmente na imposição de condições de trabalho e de empregos precários. Segundo Maslow (1987 apud LYKAWKA 2013, p.27) o indivíduo necessita de segurança, estabilidade, sem ameaças do ambiente.

É importante frisar também a valorização do profissional no trabalho para com os colegas, quatro das entrevistadas falaram que são bem respeitadas e quatro disseram que às vezes nem tanto. Na questão referente à participação do Serviço Social em atividades ou em tomadas de decisão do hospital, cinco das entrevistadas disseram que às vezes são solicitadas, duas falaram que isso nunca acontece e uma falou que a opinião do Assistente Social é bem vinda.

Refletindo as respostas conforme Vasconcelos (2012, p. 443) que “dificilmente um só profissional daria conta de todos os aspectos de uma realidade tão complexa [...] o que leva, na atenção integral, a recorrer-se ao trabalho multiprofissional”, verifica-se que a consolidação de equipe multiprofissional ainda é algo a ser construído. O que podemos perceber é que alguns profissionais talvez ainda não tenham compreensão que o Assistente Social é de fato um profissional de saúde e suas reais atribuições no espaço hospitalar. Porém segundo Mito (2008, p.279) devemos ter um olhar ampliado nas especificidades de uma equipe multidisciplinar, visando integrar saberes que contribuirão na prática profissional e na construção de novas possibilidades na área de atuação.

#### **4.2. A natureza das demandas restritas ao trabalho do Assistente Social**

Esta seção apresenta os dados quanto às demandas que são atribuições exclusivamente do Serviço Social, sua autonomia e os parâmetros de atuação.

Segundo Bravo (2009, p.29).

“O assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários ao serviço e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das

seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientações previdenciárias.

Sobre resolver demandas que requerem articulação com serviços, setores e equipamentos externos ao hospital, sete responderam que resolve com alguma dificuldade, e apenas uma disse encontrar muita dificuldade em articular com os setores externos.

*E1 “As maiorias dos usuários muitas vezes querem saber sobre o processo de transferências e como isto depende da atualização diária do prontuário entrar em contato com o serviço social para que requeira da equipe médica está atualização.”*

Nota-se que o Serviço Social é procurado pelos usuários com vistas a ser um facilitador do diálogo com a equipe médica. Assim, revela-se a busca de vínculo de usuários com o Serviço Social na direção de enfrentar a violação do direito à informação. No que se refere às articulações externas, as entrevistadas 2 e 3 informam que:

*E2 “Em geral há articulação e adesão das demandas encaminhadas pelo Serviço Social no que tange ao atendimento e acesso aos serviços “ofertados” pelo aparelho público aos usuários SUS, mas também dificuldades com a rede externa fragilizada, sobretudo para o grupo que demanda maior vulnerabilidade social.”*

*E3 “As ações de saúde muitas vezes não são continuadas, existe uma descontinuidade da rede assistencial.”*

A articulação do Serviço social com as redes de assistência é algo vital para a profissão e seus usuários. Segundo Neves (2009) “[...] tal rede é uma ação articulada e integrada que objetiva proporcionar aos usuários dos serviços sociais a proteção social junto ao acesso aos seus direitos [...]”. Sendo assim a relação com os setores externos e as redes das políticas sociais é necessário e indispensável para o profissional exercer seu trabalho.

Quando questionado se o Serviço Social consegue implementar novos projetos no âmbito hospitalar, sete da entrevistadas disseram que as vezes é possível implementar e uma afirmou que sempre consegue realizar seus projetos na instituição.

Sobre receber demandas impostas pela coordenação, a qual não consegue questionar, a metade das respondentes falou que às vezes recebem demandas



sobre as quais não se tem muita autonomia para questionar e a outra metade afirma que nunca receberam esse tipo de demandas.

Ainda foi questionada em quais situações a atuação do Serviço Social é requerida no cotidiano do hospital, ao que se respondeu:

*E2 “Orientação quanto ao acesso aos Serviços públicos “disponibilizados” para usuários SUS/cidadão (ã), objetivando o acesso ao direito social nas diversas áreas [...]”*

*E3 “Na admissão de pacientes nos internamentos e sempre q existir demanda para o assistente social, como por exemplo, em casos de óbitos, encaminhamentos para a assistência social [...]”*

*E5 “Alta de paciente, conflitos familiares, paciente com identificação ignorada, paciente em situação de rua, violência sexual, paciente vítima de maus tratos [...]”*

*E6 “Conflitos entre pacientes e familiares e pacientes e equipe multiprofissional; alta a pedido; pacientes ignorados; pacientes sem acompanhante; maus tratos a idosos; dentre outros.”*

Contemplando todas as falas pode-se verificar que as situações do cotidiano de um hospital onde o Serviço Social envolve expressões da vida cotidiana e das questões sociais, mas deve-se notar também o registro em relação a conflitos entre “pacientes e equipe” como algo que requer maior investigação em estudos futuros.

Do mesmo modo, sobre a autonomia e a ética profissional foi perguntado se o Serviço Social recebe demandas que vão contra o Código de Ética do Assistente Social ou aos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Cinco entrevistadas afirmaram que sim, e três disseram que nunca receberam. Apenas duas pessoas comentaram sobre o assunto, porém sem muito detalhamento.

*E2 “Às VEZES, no que diz respeito aos parâmetros.”*

*E3 “Quando chega demanda que compromete a atuação do assistente social o grupo presente discute com os principais envolvidos e dá outras providências ao caso.”*

Vivemos em uma época de precarização do trabalho, sucateamento do SUS e grande desigualdade social, isso tudo cria várias demandas no cotidiano do profissional, principalmente no mercado de trabalho sendo que algumas instituições de saúde que empregam o Assistente Social têm suas próprias regras e deveres onde os profissionais acabam tendo que seguir.

Como está nos Parâmetros (CEFSS, 2010 p.30).

Considera-se que o Código de Ética da profissão apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social.

Nesse sentido é importante afirmar que o Serviço Social é uma profissão que tem autonomia, é interventiva, é ancorada em seu código de ética e em seus parâmetros de atuação, onde fala claramente das atribuições do profissional.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da pesquisa realizada, com o intuito de Identificar os limites e possibilidades da atuação do Assistente Social no âmbito hospitalar, acerca da discussão em torno da política de saúde, e do hospital como espaço sócio ocupacional, na perspectiva do projeto ético político, percebe-se que, o Serviço Social é uma profissão que se mostra necessária nas várias transformações da sociedade. Devido a essas transformações a atuação do profissional na área da saúde se tornou indispensável, o que configura um caminho para a consolidação do direito à saúde da população.

Conforme o questionamento inicial da pesquisa que busca responder quais os limites e possibilidades da atuação do profissional de Serviço Social no âmbito hospitalar, devemos levar em consideração que a pesquisa revela que as demandas para o profissional Assistente Social são derivadas das manifestações da questão social, mas se expressam a partir da estrutura setorializada e hierárquica do hospital, onde o Assistente Social está inserido como membro de equipe multidisciplinar. A estrutura “hospital” não reconhece a determinação social da relação saúde da doença e nem sempre está preparada para o cuidado integral, assim essa mesma estrutura não tem conhecimento ou não respeita as atribuições do Assistente Social.

Nota-se no resultado da pesquisa que existe um silêncio entre os profissionais do Serviço Social quando questionados sobre o seu cotidiano em hospitais. Silêncio esse que advém das limitações do cotidiano desse profissional que é um trabalhador em situação precária, que muitas vezes tem sua autonomia comprometida nas instituições de saúde, e que são afetadas por conta da rotina e regras de algumas instituições, levando alguns profissionais a manterem o silêncio a respeito de sua atuação em hospitais.

Conclui-se com base nas poucas vozes de Assistente social, que se comprometeram em falar da pratica em seu cotidiano em hospitais, e no silêncio de muitos outros, que a profissão tem várias limitações que prejudicam o cumprimento dos parâmetros de atuação e o cumprimento do código de ética em seu dia-a-dia nos hospitais. Entretanto isso não impede de criarem novas possibilidades para exercerem sua autonomia em seus atendimentos. Pode-se afirmar que a presente

pesquisa cumpriu seus objetivos e encontrou respostas para seus questionamentos. Apesar das dificuldades, espera-se que essa pesquisa contribua para muitas outras que virão afinal sua temática deve ser discutida e atualizada conforme o passar dos anos.

## REFERÊNCIAS

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

\_\_\_\_\_, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro. **Projeto ético-político o Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate**. In: MOTA, Maria Inês de Souza; UCHÔA, Roberta et AL.(Orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

BAHIA, Lígia. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, Nísia Trindade (Org.); GERCHMAN, Sílvia (Org.); ELDER, Flávio Coelho (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fio cruz, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: SEGRAF, 2010.

BRASIL. Código de ética do/a assistente social. **Lei 8.662/93** de regulamentação da profissão. 10 ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **8ª Conferencia Nacional de Saúde**. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS, 1986.

BARDANACHVILI, Eliane; GONZAGA V. Régia, **Jairnilson Paim: “Não há espaço para o SUS democrático ou o SUS constitucional nesse governo medíocre”**. Abrasco. 2016. Disponível em <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/jairnilson-paim-nao-ha-espaco-para-o-sus-democratico-ou-o-sus-constitucional-nesse-governo-medioce/20632>>. Acesso em 07 de Março de 2018.

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)> Acesso em 18 de março de 2018.

CFESS. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Brasília: 1993.

CRESS-SP. **Dúvidas sobre o exercício da profissão**. .2018. Disponível em <<http://cress-sp.org.br/fiscalizacao/duvidas-sobre-o-exercicio>> Acesso em 15 de março de 2018.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. La salud entre las ciencias de La vida y las ciencias sociales. **Cuadernos Medico Sociales 77**, 2000. P. 19-33.

CASTRO, Manuel Manrique. **História do Serviço Social na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1984.

DRUCK, Graça. **TRABALHO, PRECARIZAÇÃO E RESISTÊNCIAS: novos e velhos desafios?**. CADERNO CRH, Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 37-57, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v24nspe1/a04v24nspe1.pdf>> Acesso em: 23 de março de 2018.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. **As origens da reforma sanitária e do SUS**. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. P. 59-81.

FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil**[online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. Available from SciELO Books. Disponível em: <<http://books.scielo.org>> Acesso em 30 de Janeiro de 2018.

FOUCAULT, M., 1984b. **O Nascimento do Hospital**. In: Microfísica do Poder (Michel Foucault). Rio de Janeiro: Graal.

FISCHBORN, Aline Fernanda. Saúde e desenvolvimento: uma análise a partir do conceito de desenvolvimento de Amartya. **Rev. DRd – Desenvolvimento Regional em debate**[online]. (ISSN 2237-9029) v. 5, n. 1, p. 201-210, jan./jun. 2015. Disponível em <http://www.periodicos.unc.br/index.php/drd/article/view/604/512> Acesso em 28 de Dezembro de 2017.

Gestão Estratégica e Participativa \u2013 MS; Organização Pan-Americana da Saúde \u2013 OPAS; Universidade Federal Fluminense- UFF. \u201c**História da saúde pública no Brasil - Um século de luta pelo direito a saúde**\u201d. Disponível em [https://www.youtube.com/results?search\\_query=hist%C3%B3ria+da+sa%C3%BAde+p%C3%BAblica+no+brasil](https://www.youtube.com/results?search_query=hist%C3%B3ria+da+sa%C3%BAde+p%C3%BAblica+no+brasil) Acesso em 23 de novembro de 2017.

GUERRA, Y. **O potencial do ensino teórico-prático no novo currículo**: elementos para o debate. Katálysis. Florianópolis, V. 8, N° 2, p. 147-154. 2005.

IAMAMOTO, M. e CARVALHO, R. de, **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. – 6ª ed. São Paulo: Cortez, 1988.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 5. Ed. São Paulo, Cortez, 2001.

LYKAWKA, Liliane. **O trabalho terceirizado: reconhecimento, valorização e satisfação**. 2012. 45 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Psicologia - Ênfase em Psicologia Organizacional, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/76594/000879009.pdf?sequence=1>> Acesso em 23 de março de 2018.

MANFROI, V. M. **O Projeto Ético-Político do Serviço Social**. In: Conexão. Montes Carlos – MG, V. 1, 2003, pág. 9- 15.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

MÉZÁROS, Istivan. *Para Além do Capitalismo*. São Paulo: Boi tempo 2002. Disponível em <<https://nupese.fe.ufg.br/up/208/o/para-alem-do-capital.pdf?1350933922>> Acesso em 29 de Março de 2018.

MINISTERIO da Saúde. **Histórias e evoluções dos hospitais**. Rio de Janeiro, 1944.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA. V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al (Org). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo, OPAS, 2006, p. 273-303.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós – 64**. 8ed. São Paulo: Cortez, 2005.

\_\_\_\_\_, J.P. **A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social**. Serviço Social e Saúde, Brasília, CFESS/ABEPSS/ CEAD/ UnB, 2001.

\_\_\_\_\_, J. P. **Serviço Social e saúde/ José Paulo Netto [et al.]**, (orgs)- 2 ed. – São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_, José Paulo. **Cinco notas a propósito da "questão social"**. *Temporalis*, n. 3, Brasília: ABEPSS, p. 41-49, 2001.

ORNELLAS, Cleuza Panisset. Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. **Rev. bras. enferm.** [online]. 1998, vol.51, n.2, pp.253-262. ISSN 0034-7167. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671998000200007> Acesso em 02 de Dezembro de 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a Compreensão e Crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIVA, B. e Sales, M. **A nova ética profissional: Práxis e Princípios**. In: *Serviço Social e ética: convite a uma nova práxis/ Dilsea A. Bonetti (org)*. São Paulo: Cortez, 2003.

RAMOS, Célia Leitão. Conselhos de Saúde e Controle Social. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996, p. 329-344.

RENATTA, Lívია. **O Hospital**. EBAH. Disponível em <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAz8EAB/hospital> Acesso em 19 de Setembro 2017.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. **Os instrumentos e técnicas: mitos e dilemas na formação profissional do assistente social no Brasil**. – Rio de Janeiro: UFRJ. 2006.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das letras, 1999. Disponível em [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/19539/mod\\_resource/content/2/CHY%20-%20Sen%20-%20Aula%208.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/19539/mod_resource/content/2/CHY%20-%20Sen%20-%20Aula%208.pdf) Acesso em 28 de Dezembro.

TEXEIRA, F. C; SOLLA, P.J. **Modelo de Atenção a Saúde no SUS**: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas, 2005.

VAITSMAN, J. **Corporativismo: notas para a sua aplicação no campo da saúde**. In: Teixeira, s. (org.). Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989. P. 139-156.



## APÊNDICE



Convido o (a) Sr.(a) para participar da pesquisa ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO HOSPITALAR para o Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da discente Márcia Conceição da Silva orientada pela docente Dra. Silvia de Oliveira Pereira, a qual tem o objetivo de identificar os limites e possibilidades da atuação do Assistente Social no âmbito hospitalar. A resposta ao questionário é de livre adesão, anônima e confidencial.

Participantes: assistentes sociais que atuam ou atuaram na área de saúde – atenção hospitalar.

Sexo ( ) M ( ) F ( ) outro \_\_\_\_\_

Idade (em anos completos) \_\_\_\_\_

Raça/cor \_\_\_\_\_

Ano de graduação em Serviço Social \_\_\_\_\_

Ano de inserção na área de saúde, âmbito hospitalar como Assistente Social

Onde atua ( ) Capital ( ) interior

( ) Hospital Público de gestão própria do SUS.

( ) Hospital Público gerido por Organização Social e afins .

( ) Hospital Filantrópico 100% SUS.

( ) Hospital particular ou filantrópico com atendimento ao SUS.

( ) Hospital particular ou filantrópico sem atendimento ao SUS.

Como você classifica a atuação profissional do Serviço Social num hospital em relação a:

1.0 Relevância

( ) é importante para o usuário

( ) é importante para o usuário e sua família

é importante para a equipe multiprofissional

é importante para gestão

Se desejar, comente:

---

---

---

---

---

## 2. Resolutividade

Sobre a resolução de demandas como você classifica a atuação do Serviço Social

2.1. O Serviço Social resolve demandas que requerem participação e diálogo com outros componentes da equipe multidisciplinar.

facilmente

com alguma dificuldade

com muita dificuldade

Se desejar, comente:

---

---

---

---

---

2.2. Quais profissionais estabelecem mais parcerias como Serviço Social no hospital?

Enfermeiro

Médicos - todas as especialidades

Porteiro

Psicóloga

Profissionais membros da Diretoria

Recepcionista

Serviços Gerais

Técnicos do grupo ocupacional de saúde (enfermagem, laboratório, raio X , etc)

( ) Técnicos Administrativos

Se desejar, comente:

---

---

---

---

---

2.3.O Serviço Social resolve demandas de modo que exigem apenas a sua atuação no hospital (Orientações, Apoio a família...)

( ) facilmente

( ) com alguma dificuldade

( ) com muita dificuldade

Se desejar, comente:

---

---

---

---

---

2.4. O Serviço social resolve demandas que requerem articulação com serviços, setores e equipamentos externos ao hospital

( ) facilmente

( ) com alguma dificuldade

( ) com muita dificuldade

Se desejar, comente:

---

---

---

---

---

2.5 Em quais situações a atuação do Serviço Social é requerida no cotidiano do hospital?

---

---

---

---

### 3.0 Autonomia profissional

O Serviço Social consegue implementar novos projetos no âmbito hospitalar.

sempre                       as vezes                       nunca

O Serviço Social é convocado a opinar em atividades ou tomadas de decisão do hospital.

sempre                       as vezes                       nunca

Recebe demandas impostas pela coordenação, a qual não consegue questionar.

sempre                       as vezes                       nunca

Recebe demandas que vão contra o Código de Ética do Assistente Social ou aos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.

sempre                       as vezes                       nunca

Se desejar, comente:

---

---

---

---

---

### 4.0 Condições de trabalho

O Serviço Social tem um espaço para o atendimento

sempre                       as vezes                       nunca

Os Assistentes Sociais são valorizados e respeitados pelos colegas

sempre                       as vezes                       nunca

Você se sente trabalhando em condições precárias

sempre                       as vezes                       nunca

Se desejar, comente:

---

---

---

---

---

5.0 O Serviço social tem reunião técnica com:

Com sua equipe;

sempre                       as vezes                       nunca

Com outras equipes;

sempre                       as vezes                       nunca

Se desejar, comente:

---

---

---

---

---

5.1 O Serviço social participa de eventos e atividades que não possui nenhuma ligação com a profissão?

sempre                       as vezes                       nunca

Se desejar, comente:

---

---

---

---

---