



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

JANAÍNA GOMES DA SILVA

**O SERVIÇO SOCIAL EM UM HOSPITAL GERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA:
Desafios Cotidianos**

CACHOEIRA – BA,
2019

JANAÍNA GOMES DA SILVA

**O SERVIÇO SOCIAL EM UM HOSPITAL GERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA:
Desafios Cotidianos**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado da graduação em Serviço Social do Centro de Artes, Humanidades e Letras, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.
Orientadora: Prof.^a Dra. Heleni Duarte Dantas de Ávila.

CACHOEIRA – BA

2019

JANAÍNA GOMES DA SILVA

O SERVIÇO SOCIAL EM UM HOSPITAL GERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA:
Desafios Cotidianos

Cachoeira – BA, aprovada em 21/08/2019.

BANCA EXAMINADORA



Profª Drª. Heleni Duarte Dantas de Ávila
(Orientadora – UFRB)



Profª. Drª. Marcela Mary José da Silva
(Membro interno – UFRB)



Assistente Social Jessica Bastos Sampaio
(Membro Externo)

Dedico este trabalho a minha amada mãe por todo amor e carinho, grande exemplo de superação, és guerreira.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer a Deus por permite chegar até aqui, por ter cuidado e me livrado de todos os perigosos nesse traslado Cruz/Cachoeira.

Não tenho palavras para agradecer a minha amada mãe que cuidou e cuida ainda de sua filhinha já crescida risos, limitada por sua deficiência visual estava sempre à ativa para me ajudar, foram muitos os desafios impostos a ela mais ela me mostrou o quanto é guerreira e eu me orgulho muito disso.

Quero agradecer a minha família por me aturar em todos os momentos de estresse.

Quero agradecer aqui a uma grande amiga e irmã Elza que a vida me deu, meu muito obrigada, nem que eu viva mais outra vida não seria o suficiente para agradecer, “miga” sua louca amo tu demais.

Para chegar até aqui os obstáculos não foram poucos mas dei a cara a bater e enfrentei, mesmo sem condições financeiras para pagar transporte advinda de uma família humilde eu não desiste, amparada nos braços de Deus Ele me guiou e colocou anjos na minha vida que fizeram com que essa caminhada fosse menos dolorosa.

Na universidade ganhei grandes amigos que vou levar para a vida toda em especial as minhas miguxas July, Kally, Néia, Lara que me fortalecia em meus momentos de fraqueza, que enxugou minhas lágrimas quando eu pensava em desistir e dizia que não ia dá certo.

Quero agradecer as minhas amigas Leka, Cida, Joy por todo apoio em diversos momentos, por tirar de mim grandes sorrisos e alegrias. A “gangue de Cruz” como erámos conhecidas contribuiu muito para eu chegar até aqui.

Essa “gangue” tão especial que vou levar para resto da minha vida, mas de verdade July, kally, Néia, Lara, Leka, Cida, Joy amo vocês de coração vocês me mostraram que amigo é para todas as horas devo muito a vocês.

Quero agradecer ao querido amigo Leo esposo da minha miguxa July obrigada por tudo.

Agradecer a minha baixinha risos Tailany uma grande amiga que a universidade me deu.

Quero agradecer a meu amigo Cleado (Preto para os mais chegados) obrigada por me permiti ser tua amiga, você é muito especial para mim, mora no meu coração e não paga aluguel risos.

Agradecer a toda minha turma 2014.2 mesmo sendo uma turma com suas particularidades tenho um carinho imenso por cada um.

A todos os meus docentes que foram peça essencial para minha formação meu total agradecimento em especial a prof. ^a, orientadora e amiga Heleni Ávila por toda paciência e palavras de consolo: “calma Janinha, vai dá tudo certo”, “forma Janinha” risos.

A minha querida e amada prof. ^a e amiga Marcela Mary que é muito especial em minha vida, obrigada por todos ensinamentos por todas as palavras de consolo, tive a oportunidade de conhecer uma grande mulher.

A prof. ^a Lúcia Aquino, prof. ^o Luís Flávio Godinho meus eternos agradecimentos por todo conhecimento adquirido nesse processo de formação.

Ganhei grandes amigos na UFRB e vou levar para fora dos muros da universidade, a Ione e seu Esposo Antônio grandes amigos que conquistei e me abraçaram com todo carinho.

A Ane Fonseca que aturou todos os meus abusos meu eterno agradecimento, você foi essencial nesse processo de formação.

A Vinícius Leal grande amigo que ganhei, o meu muito obrigada, uma fera da informática me salvou muitas vezes e tirou de mim muitos sorrisos.

A meu amigo Florisvaldo meu eterno agradecimento, com toda sua sensibilidade e simpatia ganhou meu coração, um ser humano maravilhoso e que eu tive oportunidade de conhecer meu muito obrigada

Quero agradecer ao grande amigo Antônio Anderson eterno coroa risos por todas as caronas no buzão, obrigada por mim aturar todos esses anos, muitas resenhas, muitos risos, conseguir conhecer aquele ser humano maravilhoso que existia atrás daquela grande capa de homem rígido risos.

Quero agradecer também a Edvaldo, Mundinho dos Teclados pelas caronas no buzu meu muito obrigada.

Quero agradecer também as assistentes sociais do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus – Ba Keylla Régis, Adriana Andrade, Silvia Gabriela, Lucinda Lucena e Jariana que compartilharam todas as suas experiências

profissionais e que muito contribuiu para o nosso processo de aprendizagem em estágio I e II supervisionado.

Quero agradecer a Lucas Barbosa um grande amigo que a vida me c
obrigada por tudo.

Durante todo esse processo eu necessitava de ajuda e eu recebi, sem eles
acima supracitado não conseguiria.

Enfim, quero agradecer a cada pessoa que contribuiu direta e indiretamente
na minha caminhada acadêmica e pessoal durante todo esse processo meu eterno
agradecimento a todos sem vocês eu não teria conseguido!

“O choro pode durar uma noite, mas a alegria vem pela manhã

Salmos 30.5

RESUMO

Este trabalho objetiva analisar a atuação profissional do assistente social na Saúde, especificamente no âmbito hospitalar, considerando-se os limites e desafios postos a atuação do profissional do Serviço Social, bem como as exigências institucionais no contexto de privatização e a necessidade de materialização do projeto ético político do Serviço Social. Para tanto foram feitas entrevistas enviadas com as profissionais da instituição hospitalar, através de e-mail e com o aval da coordenação do Serviço Social, também foram entrevistadas as estagiárias do Serviço Social, porém estas com liberdade de narrativa. A pesquisa foi um estudo de caso de cunho qualitativo. Resultados apontam: distanciamento da ação profissional em relação aos valores e princípios assinalados pelo atual Código de Ética; a imagem da profissão apreendida por outros profissionais não corrobora com a imagem expressa no Projeto Ético Político do Serviço Social e existe uma distância do que preconiza no documento intitulado Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde. Pode-se perceber que a fragilidade na atuação dos profissionais ocorre em função das relações vínculos de trabalho.

Palavras-chave: Política de Saúde. Atuação profissional. Projeto Ético-Político do Serviço Social. Parâmetros para atuação da Assistente Social na saúde.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the professional performance of the social worker in Health, specifically in the hospital context, considering the limits and challenges posed by the Social Work professional, as well as the institutional requirements in the context of privatization and the need to materialize the project. Ethical Politics of Social Work. To this end, interviews were sent with the professionals of the hospital institution, through e-mail and with the endorsement of the Social Work coordination, the Social Work interns were also interviewed, but they were free to narrate. The research was a qualitative case study. Results indicate: distancing from professional action in relation to the values and principles indicated by the current Code of Ethics; The image of the profession seized by other professionals does not corroborate the image expressed in the Political-Ethical Project of Social Work and there is a distance from what is advocated in the document entitled Parameters for the performance of social workers in health. It can be seen that the fragility in the performance of professionals occurs due to the relationships work relationships.

Keywords: Health Policy. Professional practice. Ethical-Political Project of Social Work. Parameters for the performance of the Social Worker in health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS- Caixas de Aposentadorias e Pensões
CFESS- Conselho Federal de Serviço Social
CRESS- Conselho Regional de Serviço Social
CF – Constituição Federal
FAZ- Fundo de Apoio de Desenvolvimento Social
IBGE- Instituto de Geografia e Estatística
ID- Internação Domicilia
IFF- Instituto Fernando Filgueiras
IFBA- Instituto Federal da Bahia
INPS- Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPAs- Institutos de Aposentadorias e Pensões
LOS - Lei Orgânica da Saúde
MESP- Ministério da Educação e Saúde Pública
OMS – Organização Mundial de Saúde
PPA- Plano de Pronta Ação
SAJ- Santo Antônio de Jesus
SESAB- Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SUS – Sistema único de Saúde
SUS – Sistema único de Saúde
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNEB- Universidade do Estado da Bahia
UFRB- Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
UTI- Unidade de Tratamento intensivo
UTQ- Unidade de Tratamento de Queimados

LISTA DE TABELA

TABELA 01.....	42
TABELA 02.....	43
TABELA 03.....	44
TABELA 04.....	45
TABELA 05.....	45
TABELA 06.....	46
TABELA 07.....	47
TABELA 08.....	47
TABELA 09.....	48

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	14
2. CAPÍTULO I: A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ANTECEDENTES DO SUS.18	
2.1 A Política de Saúde.....	18
2.2 Reforma Sanitária.....	25
2.3 O Sistema Único de Saúde.....	26
3. CAPÍTULO II: SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE.....	30
3.1 Trajetória histórica do Serviço Social na Saúde.....	30
3.2 Diretriz para atuação profissional do/a assistente social na saúde.....	32
4. CAPÍTULO III: O SERVIÇO SOCIAL EM UMA UNIDADE HOSPITALAR DO RECÔNCAVO DA BAHIA: DESAFIOS COTIDIANOS.....	35
4.1 A unidade Hospitalar.....	35
4.2 Relato de uma experiência.....	37
4.3 Serviço Social no Hospital: Caminhos percorridos.....	39
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
APÊNDICES.....	55
APÊNDICES A.....	56
APÊNDICES B.....	57

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo analisar a prática do serviço social em uma unidade hospitalar do Recôncavo da Bahia, situada no município de Santo Antônio de Jesus, compreendendo seus principais limites e desafios na atuação cotidiana. A análise é construída a partir das inquietações vivenciadas no estágio pela equipe de estudantes da UFRB, durante as suas experiências no hospital em estudo, bem como através de entrevistas com a equipe de assistentes sociais que laboram neste local.

O envolvimento com essa questão deriva-se da prática de estágio supervisionado I e II, ocasião em que acompanhamos e compartilhamos com as profissionais do serviço social na instituição. As nossas principais inquietações foram com relação a teoria e a prática e, particularmente como as profissionais percebem/conhecem e desenvolvem suas atividades em consonância com o que preconiza os parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na saúde¹.

Nessa perspectiva, entendemos que várias são as situações que causam inquietações, indignações e questionamentos, tanto para estudantes/estagiários quanto para os próprios profissionais, assim, para a realização dessa pesquisa partimos da seguinte indagação: Qual o nível de apropriação acerca do documento

¹ Documento elaborado pelo CFESS em 2010. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, 2010. O documento faz parte da série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais.

Parâmetros para atuação de Assistente Sociais na Política de Saúde, por parte das profissionais do Serviço Social do hospital em estudo?

Assim, partimos com o seguinte pressuposto: As² profissionais do Serviço Social não possuem uma prática pautada nos Parâmetros para atuação na saúde, na maioria das atividades que executam por dois motivos – o primeiro pode ser atribuído ao desconhecimento do documento e o segundo, que consideramos ser o mais convincente, em função da precarização das relações e vínculos de trabalho.

Desta forma, o presente trabalho tem como objetivo analisar a atuação do assistente social na Saúde, especificamente no âmbito hospitalar, considerando-se as exigências institucionais em tempos de avanço da privatização da saúde no Brasil e a necessidade de materialização do projeto ético-político do Serviço Social. Os conteúdos ora apresentados resultam de uma pesquisa em fase de conclusão, realizada no âmbito da graduação em Serviço Social. A Constituição Federal (CF/88) promulgada em 1988 apresentou um novo modelo de proteção social, destacando-se como uma conquista dos movimentos populares que caracterizaram a década de 1980 no Brasil, simbolizando ganhos representativos no que tange aos direitos sociais da população. A Seguridade Social foi uma das principais conquistas da CF/88, “uma forma inovadora de organizar as iniciativas dos Poderes Públicos e da sociedade no acesso aos direitos da previdência social, saúde e assistência” (BOSCHETTI; SALVADOR, 2009, p. 49). Assinalada no texto constitucional como “um conjunto integrado de ações de iniciativa de poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Título VIII, Capítulo II, Seção I, art. 194 da CF), a Seguridade Social significou para as políticas sociais um novo direcionamento, ao assumirem perspectiva de direito social conquistado a partir da mobilização da população, localiza-se o Estado como responsável pela proteção social. Segundo Vianna (2001, p.173):

A Seguridade Social é um termo cujo uso se tornou corrente a partir dos anos 40, no mundo desenvolvido e particularmente na Europa para exprimir a ideia de superação do conceito de seguro social no que diz respeito a garantia de segurança das pessoas em situações adversas. Significa que a sociedade se solidariza com o indivíduo

² Para este trabalho a profissional do serviço social será referida no feminino tendo em vista que todas as entrevistadas foram mulheres e a maioria das profissionais no Brasil, também são mulheres.

quando o mercado o coloca em dificuldades. Ou seja, significa que o risco a que qualquer um, em princípio, está sujeito – não conseguir prover seu próprio sustento e cair na miséria – deixa de ser problema meramente individual e passa a constituir uma responsabilidade social pública.

Conforme Mota (2009, p. 41), “os sistemas de proteção social são implementados através de ações assistenciais para aqueles impossibilitados de prover o seu sustento por meio do trabalho, para cobertura de riscos do trabalho, nos casos de doença, invalidez, acidentes e desempregos temporários e para manutenção da renda do trabalho, seja por velhice, morte, suspensão definitiva ou temporária da atividade laborativa.” Desse modo, as políticas sociais se desenham conforme o ritmo do trabalho, que por sua vez é ditado pelo capital, cabendo ao Estado atender necessidades do trabalho e do mercado ao mesmo tempo. De acordo com Mota (2005, p. 25):

[...] a seguridade social diz respeito tanto ao movimento de valorização do capital, como também as conquistas das classes trabalhadoras que, ao lutarem e conquistarem meios de reprodução da própria vida impõem ao capital e ao Estado o desenvolvimento de ações que se confrontam com os interesses imediatos da acumulação.

A Política de Saúde no Brasil dentre as políticas de proteção social foi a que mais conquistou avanços no cenário político brasileiro, fruto de lutas populares e sindicais que também tiveram participação significativa para a promulgação da CF/88. Com a Carta Magna, a saúde assume conotação de “direito de todos e dever do Estado”.

O Serviço Social teve um papel fundamental na construção destas lutas e na conquista por direitos, engajado nos principais movimentos sociais que pautaram a década de 1980.

De acordo com Bravo (2007, p.43), a inserção do Serviço Social no campo da saúde teve um papel fundamental na implementação do SUS e a sua atuação deve ocorrer com “o intuito de formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde, articulando as suas ações ao Projeto da Reforma Sanitária”. Sob essa perspectiva, é fundamental levar em consideração as

dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa da profissão, necessariamente indissociáveis para a prática profissional.

Os anos 1990 apontam para uma conjuntura extremamente adversa marcada pela ofensiva neoliberal, que atinge agressivamente as políticas sociais sob a lógica do Estado mínimo para as demandas do trabalho e máximo para a manutenção do capital, constituindo-se mais que “ameaça” ao projeto ético-político do Serviço Social, pondo em “crise” sua implementação, como menciona Netto (2007, p.38).

Os anos 2000 são marcados por mudanças nas relações de trabalho e um enxugamento do papel do Estado, privatizando setores e serviços importantes das políticas sociais. A política de saúde sofre estes rebatimentos com terceirizações de serviços, com as Organizações Sociais e outras parcerias público privadas na gestão dos serviços de saúde, em especial dos grandes hospitais.

O Hospital, objeto do presente estudo é fruto deste tipo de gestão, ou seja, é uma unidade hospitalar, construída e equipada pelo Estado, mas gerida pela iniciativa privada através de uma parceria público privada.

Para dar conta de apontar os principais elementos de análise, o trabalho foi dividido em três capítulos e mais as considerações finais.

No primeiro capítulo iremos nos ater ao debate acerca da política de saúde no Brasil, partindo dos antecedentes do SUS, Reforma Sanitária e por fim, uma explanação acerca do significado do Sistema único de Saúde.

O segundo capítulo iremos tratar do Serviço Social e sua relação com a política de saúde, com um resgate histórico da profissão nesta política e as diretrizes para atuação da assistente social na saúde.

O capítulo três é onde vamos trabalhar com os dados da pesquisa, situar a unidade hospitalar objeto do estudo, as análises das entrevistas realizadas.

Por fim, nas considerações finais, concluímos que as assistentes sociais conhecem o documento Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde, mas seguem o que este documento preconiza com muita dificuldade. A dificuldade em atuar de acordo com o que o documento do CFESS aponta, se dá em função, na maioria dos casos do medo de perder o emprego ou de sofrer alguma represália no ambiente de trabalho, o hospital.

2.A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ANTECEDENTES DO SUS

Neste capítulo abordaremos a política de saúde no Brasil, essa discussão possibilitará uma maior compreensão sobre a saúde e seu percurso histórico, a criação das Caixas de Aposentadoria, os Institutos de Aposentadoria e Pensão, a Reforma Sanitária e a implantação do Sistema único de Saúde na década e 80.

2.1 A Política de Saúde

As políticas sociais surgiram para tentar resolver a questão social³ de forma mediadora, paliativa para a população que estava sem assistência, jogadas as mazelas, sofrendo com todo o descaso do Estado onde o mesmo encontrou uma forma para amenizar a insatisfação da classe trabalhadora.

Conforme Behring (2006):

³ De acordo com Iamanoto; Carvalho (2008, p. 77) “A questão social não é senão as 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”.

O surgimento das políticas sociais está intrinsecamente relacionado à sociedade burguesa, especificamente ao modo de produção capitalista de produzir e reproduzir-se, principalmente quando há um reconhecimento da expressão “questão social”. (BEHRING,2006 apud SILVA, 2012)

Diante do exposto fica evidente que a política social surge como elemento para mediar as insatisfação e reivindicações da classe trabalhadora no contexto do capitalismo e trabalhadores.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é definida como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, ou seja, não apenas à ausência da doença. Entretanto a categoria saúde passou por um longo processo histórico para desmistificar o conceito que se tinham de saúde relacionado sempre a ausência de doença, sendo de suma importância desmedicalizá – lá, ceifar esse conceito hegemônico que a categoria saúde tem historicamente. Enfim, saúde reconhecida como qualidade de vida, solidariedade, alegria de viver, gozo estético, prazer, axé (energia), projeto de felicidade. (Almeida-Filho; Paim,2014 apud Paim,1944; Mendes-Gonçalves,1995; Ayres, 2002).

Até o final do século XIX o estado brasileiro ainda não atuava de forma ativa no campo da saúde, apenas de forma pontual perante a proliferação de epidemias. Focando seu olhar no campo da saúde pública quando as manifestações de epidemias começaram a acarretar no desenvolvimento econômico do país prejudicando a economia cafeeira agravando o desenvolvimento do comércio agroexportador

Segundo Bravo (2000) a Saúde era entendida como:

[...] 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, surge algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 30. (BRAVO, 2000, p.89)

Podemos assim perceber que existia até então uma ação pontual no campo da saúde, todavia percebia –a à ausência do poder público no setor de prevenção,

para entendermos melhor essa conjuntura é necessária compreender fatores históricos, econômicos e político-sociais que envolve a sociedade brasileira.

Neste contexto Bravo (2001), passou a perceber a saúde como uma questão social brasileira que devido a emergência do trabalho assalariado durante a economia cafeeira no século XX focalizada no comércio agroexportador, surgiram diversas mazelas. Neste mesmo século nos meados da década de 20 a reforma Carlos chagas foi criada na expectativa de tentar ampliar o atendimento da saúde pública, juntamente com as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs criada em 1923 e promulgada pela Lei Eloy Chaves, nome do deputado de São Paulo que a propôs, a lei Eloy Chaves⁴ esse nome se deu pois o próprio teve como iniciativa criar um lei de aposentadoria para companhia ferroviárias no Brasil, esta lei por sua vez foi financiada pela União empresas empregadoras e empregados, no entanto esses benefícios eram consonante com às contribuições. Berhring e Boschetti (2008) “afirma que esta foi um marco importante na formação da política social brasileira”.

Na década de 30 o Brasil estava atravessando momentos de grandes transformações políticas e econômicas, foi nesse período na esfera política que Getúlio Vargas chega ao poder político. Implementando políticas sociais

Uma das principais medidas de Vargas foi a criação do Ministério do Trabalho e Ministério da Educação e Saúde e posteriormente em 1953 o Ministério da Educação separou –se da Saúde ficando apenas o Ministério da Saúde.

Para Cohn (1996), com a grande busca do acesso dos trabalhadores e dependentes da CAPs resultaram no aumento e os recursos dos atendimentos se tornaram cada vez mais escassos para o aumento das demandas que chegavam. Na tentativa de resolver tal demanda fez com que o Estado buscasse na iniciativa privada a compra por serviços de saúde.

É importante salientar que o Brasil nessa época passava por um momento de transformação no contexto da urbanização, industrialização resultando nas reivindicações dos trabalhadores, o que provocou o Estado a uma intervenção estatal e a criação de políticas públicas.

Segundo Borges (2012)

A política de saúde foi dividida em dois campos de ação: o de saúde pública e o de medicina previdenciária, na qual a primeira tinha como

⁴ Eloy Chaves, autor da lei que deu origem ao sistema previdenciário brasileiro.

objetivo criar condições sanitárias mínimas para a população e a segunda surgiu a partir da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), como estratégia do poder público para antecipar as reivindicações, lutas e greves dos trabalhadores. (BORGES, 2012, pag. 20).

Ou seja, o Estado apenas atuou de forma paliativa na saúde pública dando condições sanitárias de saúde mínimas a população com enfoque central nas manifestações das epidemias, que se alastravam e que afetava de modo considerável o setor econômico no país. Focalizando seu olhar para a medicina previdenciária mera estratégia para amenizar e evitar futuras reivindicações da população insatisfeito com o modelo atual de atenção à saúde.

Diante do contexto apresentado fica claro que apenas as pessoas assalariadas tinham acesso ao atendimento de saúde e aqueles que não obtiam nenhuma atividade laborativa de fato comprovada buscavam outras alternativas, por exemplos as Santas Casas de Misericórdias, posto de saúde vale destacar que isso ocorria com a maioria da população.

Segundo Bravo (2006), o contexto deste período propiciou o surgimento de políticas sociais no país que respondessem às expressões da “questão social” de forma orgânica e sistemática.

Behring e Boschetti (2009), afirma que é improvável dizer o período que originou as primeiras ações reconhecidas como políticas sociais, todavia foi através da ascensão da economia brasileira por meio do desenvolvimento industrial que as políticas sociais foram evidenciadas.

De acordo com Silva (2012):

Como processo social elas foram concebidas no momento de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, a emergência das lutas de classe e a propagação da intervenção estatal (SILVA, 2012, pag. 13).

Apesar do historicismo da política social no Brasil concomitante às suas múltiplas definições a política social mesmo temporal é definida como um auxílio paliativo aos mais carentes. Pereira (2008) aponta que:

[...] visa atender necessidades sociais cuja resolução ultrapassa a iniciativa privada, individual e espontânea, e requer deliberada decisão coletiva regida por princípios de justiça social que, por sua vez, devem ser amparados por leis impessoais e objetivas, garantidoras de direitos (PEREIRA, 2008a, p.171-172).

Bravo (2006) afirma que as políticas sociais elas surgiram devido ao crescimento das expressões sociais da questão social de forma a apaziguar a insatisfação popular. Todavia fica explícito a falta de comprometimento e dever para com a população que dependiam do amparo do estado, haja vista que os mesmos não tinham uma atividade laborativa comprovada. Afirmando que, diante do contexto apresentado fica claro que apenas as pessoas assalariadas tinham acesso ao atendimento de saúde.

Catunda (2008) afirma que:

A grande maioria da população recorria ao auxílio de pessoas leigas ou buscavam a caridade das Santas Casas de Misericórdia. No caso de Fortaleza, a Santa Casa de Misericórdia e a Assistência Municipal, atual Instituto Drº José Frota, atendiam aos não segurados, popularmente conhecidos como indigentes. (CATUNDA, 2008, p.17).

Na década de 30, o Brasil passava por um processo histórico – político e econômico passando por diversas transformações no país. O governo Vargas teve um papel determinante no processo de constituição dos direitos sociais, isso se deu pois a era marcava o caráter populista e desenvolvimentista.

No ponto de vista político após eleito Getúlio Vargas uma de suas primeiras medidas é a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), todavia em 1953 houve a separação, e permanecendo apenas, Ministério da Saúde.

É de suma importância destacar que nesta época os fatores que contribuíram para a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos, foram os processos de urbanização, industrialização e as reivindicações dos trabalhadores, a partir desse momento as políticas sociais voltadas à habitação, higiene e saúde.

Substituindo as antigas CAPs para um modelo que contemplasse toda a categoria profissional o governo Vargas criou o Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPs).

Segundo Soares (2010):

A estruturação da política de saúde no Brasil está diretamente relacionada à forte pressão da classe trabalhadora em pleno processo de industrialização e surgimento da classe operária (SOARES, 2010, p.29)

Ainda na década de 1960 até 1980, o Brasil presenciava um período marcada pela ditadura militar, os problemas sociais de acordo com Silva (2005), foram aprofundados de forma dramática, isso causou o declínio da saúde pública causando o crescimento previdenciário, em especial depois da unificação dos IAPs, em um órgão único, mais precisamente Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Segundo Oliveira e Teixeira (1986):

Essa junção gerou o modelo de privilegiamento do produtor privado, onde o Estado passou a interferir na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços. Bem como havia uma diferenciação do atendimento à clientela (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986, p.2007).

Com isso o sistema do INPS foi se tornando cada vez mais complexa tanto estrutural quanto administrativo. Pois além de manter os serviços públicos pagava preços elevados nos serviços particulares mantendo uma articulação do Estado com os interesses do capital.

O setor de saúde nas décadas de 1970 passou por um momento de crise, e devido as essas crises a desigualdade no âmbito da saúde, isso ocorreu devido ao modelo de saúde vigente, mas especificadamente o previdenciário qual não beneficiava a todos de forma integral.

Catunda (2008, p.18) “as ações de saúde pública como vacinação, campanhas, saneamento e controle de endemias eram ditas de forma universais, já a assistência era só para trabalhadores que possuíam carteira assinada”, ou seja, as ações em relação a saúde eram tidas como universais, salientando que era exclusivamente direcionada aqueles que tinham vínculos previdenciários.

Na tentativa de mudança do contexto atual na política de saúde, em 1977 criou – se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. Com uma estrutura inovadora, moderna reformulando as políticas

existente. Todavia o INAMPS não resultou como o esperado, assim como afirma Polígamo (2001):

O modelo de saúde previdenciário entra em crise pelos seguintes motivos, priorizado a medicina curativa, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo); Aumento constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médica - hospitalar de complexidade crescente; Diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário reduzindo as receitas; Incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos do sistema; Desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para a realização de obras por parte do governo federal; O não repasse pela união de recursos do tesouro nacional para o sistema previdenciário visto ser esse tripartida (empregador, empregado, e união). (POLIGNAMO, 2001, p. 17).

Ou seja, o INAMPS foi criado no intuito de unificar as políticas de saúde existente na forma de efetivar os serviços, todavia não foi o que aconteceu, focalizando os seus serviços na área da medicina previdenciária deixando de lado a população que não tinha como contribuir para a previdência, é importante salientar que essa população estava nesse contexto de total descaso perante ao Estado era a maioria da população.

Segundo Catunda (2008):

[...] as ações de saúde pública como vacinação, campanhas, saneamento e controle de endemias eram ditas de forma universais, já a assistência era só para trabalhadores que possuíam carteira assinada (CATUNDA, 2008, p.18).

Segundo Mansur (2001), foram criados vários programas a partir de 1974 e implementados pelo INPS e pelo INAMPS e também pelo Ministério da Saúde, na qual permitia que uma nova camada da população que antes não era assistida pela previdência social, passasse a ter acesso aos serviços. Essa atitude do governo federal no que tange as políticas sociais foi tomando formas diferenciadas ao longo do governo militar no país. Foi criado o Plano de Pronta Ação – PPA e o Fundo de Apoio de Desenvolvimento Social – FAZ que modificou o desenvolvimento do setor da saúde.

PPA rompeu com a lógica da vinculação do direito a assistência médica pela condição de ser contribuinte da previdência. Sua principal inovação foi a determinação onde os casos de emergência e urgência deveriam ser atendidos por todos serviços próprios e contratados, independente do paciente ser ou não beneficiário da Previdência (segurado ou dependente). Dada a importância da Previdência Social a admitir o uso dos recursos para o atendimento universal. Promovendo a universalização de atendimento de urgência e emergência médica na rede própria e conveniada.

2.2 Reforma Sanitária

A Reforma Sanitária⁵ no geral se refere às mais variadas experiências de reformulação normativa e institucional no campo da assistência à saúde da população. A priori sua definição era constituída por um conjunto de ideias comuns ao campo da saúde, sendo definida no primeiro momento como “partido sanitário”. A construção do projeto de reforma sanitária fundou-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde.

Resultado da luta contra a ditadura, a reforma surge com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas Universidades, no movimento sindical, em experiências territoriais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de saúde, em 1986, que discutiu um novo modelo de saúde para o Brasil, garantido na Constituição por meio da emenda popular, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (AROUCA,1998).

Segundo Teixeira (1988), a Reforma Sanitária insere-se no processo de construção democrática. Trata-se de formular propostas contra o Estado autoritário, que resultou do golpe militar de 1964, e organizar uma aliança entre as forças sociais comprometidas com a transformação social e política.

As pautas das reivindicações da Reforma sanitária tiveram muitos avanços e conquistas, respaldas na constituição. De acordo com Teixeira (1989), podendo elencar como as principais:

⁵ “[...] consiste na organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública, que colocou em debate a relação da prática em saúde com a estrutura de classes da sociedade”. (Bravo, 2009, p.32).

- O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com a discriminação existente entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser consideradas de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos 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 provadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito 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, p. 50- 51)

Portanto, apesar da legislação que versa sobre o SUS ter sido aprovada em 1988, somente em 1990, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 1990) que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990, p. 1).

Porém, os progressos eminentes da Constituição Federal de 1988 é interrompida pela implantação do ideário Neoliberal no Brasil nos anos 1990. Esta implantação, confronta com as garantias de direitos conquistados em 1988, portanto a implantação da agenda neoliberal se dá em detrimento da efetivação das políticas de proteção social (BEHRING; BOSCHETTI, 2008). Neste período o Brasil enfrenta a crise da estagflação o contexto é também de grandes mudanças no mundo.

A saúde é um direito universal e fundamental na vida do ser humano, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A história das políticas de saúde está intrinsecamente relacionada a evolução político social e econômico e da sociedade brasileira, tornando-se indissociáveis. O Brasil viveu de 1964 a 1985, sob a égide de governos militares que implementaram um modelo de estado totalmente centralizado, além de plano de desenvolvimento que trariam impactos significativos para o país.

2.3O Sistema único de Saúde

. As propostas da Reforma sanitária, resultaram na universalidade do direito à saúde, oficializado com a constituição federal de 1988, e a criação do Sistema Único de Saúde- SUS. Contudo sabemos que o Sistema Único de Saúde (SUS), é considerado uma conquista do povo brasileiro, fruto de muitas lutas e reivindicações sociais da população e que começou a ser construído devido à participação dessas pessoas na VIII Conferência Nacional da Saúde, que tiveram vez e voz, para discutir sobre os serviços de saúde ainda na década de 1980.

O Sistema Único de Saúde-SUS é fruto das reivindicações dos Movimentos Sociais durante as décadas de 70 e 80, principalmente na VIII Conferência Nacional de Saúde-CNS, realizada no ano de 1986, reuniram se 5.000 pessoas para dialogar sobre as propostas que o movimento defendia, em Brasília. A conferência foi de suma importância no movimento da Reforma Sanitária, por que através dele houve o maior fórum de debates sobre a saúde do país, trazendo seu caráter democrático e seu relatório serviu para criação da constituição.

Marcada pela transição política do governo militar para o governo democrático através das eleições diretas.

A partir da Constituição de 1988, um dos maiores avanços no quesito à proteção social a integração da saúde, assistência social e previdência social, que passaram a integrar a seguridade social; passaram a ser vista como direito de cidadania e dever do estado.

Segundo, Art. 196, previsto na CF de 1988, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação”. (BRASIL, 1988).

Faz se necessário o entendimento do conceito de saúde para compreender o entendimento quanto o conceito ampliado de saúde, no qual o sistema único de saúde - SUS está inserido.

O SUS é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços de ações de saúde estabelecidas pela CF de 1988, é um sistema que não veio para suceder o antigo INAMPS nem tão pouco o SUDS, ele é um novo sistema de saúde que está em construção. (Ministério da Saúde, 1990). Sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, abrange

desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos garantido acesso integral, universal e gratuito para toda população do país. Foi criado no ano de 1988 para ser o sistema de saúde dos mais de 190 milhões de brasileiros oferecendo consultas exames e internações, o sistema também promove campanhas de vacinação, ações de prevenção, e ações de vigilância sanitária (Ministério da Saúde, 1990)

Foi criado sobre o princípio da universalização com o propósito de saúde para todos conforme previsto na lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde - LOS. Dispondo sobre a organização, o funcionamento e a regulamentação dos serviços para a promoção e recuperação da saúde (BRASIL,2004).

O SUS como política não contributiva e de direitos de todos, é uma política inovadora que garante a todos o atendimento na rede de saúde pública, mesmo que o usuário dos serviços da saúde não contribua para a previdência social, havendo uma diferenciação do modelo anterior antes praticado, onde só eram atendidos trabalhadores de carteira assinada (BRASIL, 2004).

O modelo do SUS está balizado em três princípios básicos; o princípio da universalidade – reconhece a saúde como direito fundamental inerente ao ser humano, garantindo pelo Estado o seu pleno exercício, o acesso a atenção e a assistência em todos os níveis de complexidade; o princípio da equidade – justiça social, com intento de diminuir as desigualdades, investindo mas onde a carência é maior; princípio da integralidade - que significa a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações de serviços preventivos curativos e coletivos.

Assim como afirma Polignano (2001):

UNIVERSALIDADE – o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; EQUIDADE- é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviço deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida; INTEGRALIDADE – significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades (POLIGNANO, 2001, p. 23)

Este modelo considera que o conceito de saúde é muito mais amplo, uma vez que, para ter saúde é preciso ter condições básicas de sobrevivência (habitação, alimentação, trabalho, saúde, lazer, educação). Devendo o SUS organizar-se de maneira que ofereça ações e serviços de acordo com as necessidades da população. Devendo ser eficaz e eficiente, isto é o serviço deve ser satisfatório, apresentar resultados positivos, com qualidade no atendimento.

Segundo Fireman (2000):

(...) é necessário que utilize as técnicas mais adequadas, de acordo com a realidade local e a disponibilidade de recursos, eliminando o desperdício e fazendo com que os recursos públicos sejam ampliados da melhor maneira possível. Isso implica necessidades não só de equipamentos adequados e pessoal qualificados e comprometidos com o serviço e a população como a adoção de técnicas modernas de administração dos serviços de saúde (FIREMAN,2000, p.7).

Podendo perceber que implantação do SUS passou por diversos avanços até o momento, todavia é de suma importância salientar que ainda é necessário a concreticidade das ações que tange a CF de 1988, porém há muito ainda a ser realizado para garantir atendimento universal, gratuito e de qualidade. Segundo Fireman (2007), é necessário fortalecer a participação popular, o controle social através dos conselhos de saúde como medida para superar algumas dificuldades e a má qualidade dos serviços.

3. O SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

Neste capítulo iremos abordar a trajetória do Serviço Social na política de saúde, iniciando por um resgate histórico e por fim, será apresentado os Parâmetros para atuação das assistentes sociais na saúde.

3.1 Trajetória histórica do Serviço Social na Saúde

A saúde foi a área que mais absorveu o profissional de Serviço Social no Brasil a partir da década de 40. Nessa área, a atuação dos Assistentes Sociais se localizou principalmente nos hospitais, sendo o Hospital das Clínicas de São Paulo, com o chamado Serviço Social Médico, o pioneiro na contratação destes profissionais (BRAVO, 1991 apud CORREIA, 2005). É em 1948, porém, que a área da saúde transformou-se no principal campo de absorção profissional devido, principalmente, à elaboração de um conceito de saúde que trouxe os aspectos

biopsicossociais como seus determinantes e também a elaboração de uma política de saúde centrada na assistência médica hospitalar e curativa (CORREIA, 2005).

A partir da década de 60, em plena ditadura militar, o Serviço Social passou por um período de renovação profissional que, segundo Netto (1998), se deu em três direções: a modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura. A direção modernizadora tornou-se hegemônica face às exigências do mercado de trabalho e do modelo autocrático da época, sendo que na área da saúde, a perspectiva modernizadora sedimenta a prática profissional na dimensão curativa, dando ênfase às técnicas de intervenção, burocratização das atividades e concessão de benefícios.

A perspectiva modernizadora na área da saúde prevaleceu até a abertura política, na segunda metade da década de 70, apesar da emergência de novas direções teórico metodológicas na profissão e do surgimento do Movimento Sanitário. A partir desta data, a renovação do Serviço Social passou a ser direcionada pela vertente da intenção de ruptura, que buscava romper com o tradicionalismo e suas implicações teórico-metodológicas e prático-profissionais (NETTO, 1998). Esta vertente não chegou a influenciar os profissionais que trabalhavam na área da saúde, que continuavam distantes das reflexões e, na prática, continuavam subalternos ao protagonismo médico, dominante na área (KRÜGER, 2010).

Com a Constituição de 1988 e a implantação do SUS, a saúde passa a ser considerada direito de todos e dever do Estado e os princípios da descentralização, da universalização, da integralidade, da participação da comunidade passam a ser diretrizes do novo sistema. A regulamentação do SUS, em 1990, pelas Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90 trouxe ainda mais inovações para a área da saúde, como a ampliação do conceito de saúde, que passou a considerar fatores como “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990) como condicionantes e determinantes da saúde. E ainda provocou mudanças na atuação do Serviço Social junto a esta área.

As inovações influenciaram na superação do modelo centrado na doença e nas ações curativas e na construção de um novo modelo de assistência à saúde, voltado para sua promoção. Esse novo modelo requisitou um trabalho multiprofissional e com isso, o assistente social passou a ter maior importância na

área da saúde (CORREIA, 2005), exigindo um profissional capacitado para atuar nas múltiplas expressões da questão social originadas nas relações sociais que afetam a saúde. É a partir dessa compreensão que o profissional de Serviço Social passa a ser contratado como um dos promotores na consolidação do SUS e de seus princípios e como articulador da saúde com as demais políticas públicas.

Mudanças internas na profissão influenciaram o exercício profissional do assistente social principalmente através do movimento de reconceitualização profissional, consolidando seu projeto profissional baseado nas lutas sociais das classes trabalhadoras na construção de uma nova ordem societária (ABREU, 2004). Mais tarde, teve no Código de Ética profissional de 1993, na Lei que regulamenta a profissão de 1996 e na própria reforma curricular, respaldo para esse projeto.

Também as leis orgânicas de 1990 provocaram mudanças no exercício profissional na área da saúde, ou seja, o assistente social passa a ter subsídios para realizar seu trabalho na perspectiva da universalidade de acesso e da integralidade da assistência.

Após a criação do SUS e dos avanços trazidos pelo mesmo, os campos de atuação do assistente social têm ampliado gradativamente e cada vez mais esse profissional é chamado para atuar nas políticas públicas realizando intervenções que sejam permeadas e orientadas pela noção de direito social.

3.2 Diretriz para atuação profissional do/a assistente social na saúde

Dentre os aspectos que caracterizam a atuação profissional do assistente social no âmbito hospitalar, alguns podem ser apontados como que mais aparecem em documentos dos CRESS e pesquisas (CFESS, 2010) são: condições de trabalho, ausência/insuficiência de recursos para garantia de condições adequadas de trabalho e algumas de suas implicações à sua condição particular de trabalhador, bem como à qualidade dos serviços prestados à população usuária, registrando-se, principalmente, o sigilo profissional. Ainda outras demandas aparecem como recorrentes as assistentes sociais, dentre elas: requisições institucionais que muitas vezes se contrapõem ao disposto no Código de Ética Profissional, tais como, ao intervir no setor de internamento, garantir que os “usuários de alta desocupem os leitos” para que seja possível sua utilização por outros usuários que aguardam atendimento hospitalar.

Nesse processo, os assistentes sociais acabam reproduzindo a lógica “produtivista”, onde, nesse contexto, são “convidados” a cumprir objetivos da instituição, distanciando-se da possibilidade de implementar ações orientadas por valores e princípios que conformam o Projeto Ético-Político do Serviço Social e que fortalecem o projeto de reforma sanitária, interferindo negativamente na autonomia profissional.

Neste cenário, o CFESS criou um grupo de trabalho responsável pelo debate e discussão de elementos que deram origem ao documento intitulado Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na saúde.

Este documento aponta áreas de atuação específicas para a saúde, agrupadas da seguinte forma:

a) ATENDIMENTO DIRETO AOS USUÁRIOS

O atendimento direto aos usuários se dá nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade. As ações que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas.

b) AÇÕES SOCIOASSISTENCIAIS

Essas ações têm-se constituído como as principais demandas aos profissionais de Serviço Social. São elas: solução quanto ao atendimento (facilitar marcação de consultas e exames, solicitação de internação, alta e transferência); reclamação com relação a qualidade do atendimento e/ou ao não atendimento (relações com a equipe, falta de medicamentos e exames diagnósticos, ausência de referência e contra referência institucional, baixa cobertura das ações preventivas, entre outros); não entendimento do tratamento indicado e falta de condições para realizar o tratamento, devido ao preço do medicamento prescrito, do transporte urbano necessário para o acesso à unidade de saúde, ou horário de tratamento incompatível com o horário de trabalho dos usuários; desigualdade na distribuição e cobertura dos serviços de saúde, nos municípios e entre os municípios, obrigando a população a ter de fazer grandes deslocamentos para tentar acesso aos serviços; dentre outras.

c) AÇÕES DE ARTICULAÇÃO COM A EQUIPE DE SAÚDE

O trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando-se, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde.

d) AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS

Essas ações consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática.

e) MOBILIZAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Este eixo envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde.

f) INVESTIGAÇÃO, PLANEJAMENTO E GESTÃO

Este eixo envolve um conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais.

g) ASSESSORIA, QUALIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

As atividades de qualificação e formação profissional visam ao aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes, como também a assessoria, que será explicitada posteriormente.

4. O SERVIÇO SOCIAL EM UMA UNIDADE HOSPITALAR DO RECÔNCAVO DA BAHIA: DESAFIOS COTIDIANOS

Este capítulo tem por objetivo analisar a atuação do Serviço Social através da atuação do assistente social em uma unidade hospitalar, levando em consideração a fundamentação do contexto histórico da política de saúde no Brasil antecedente ao SUS e as diretrizes que embasam e norteiam a profissão.

4.1 A Unidade Hospitalar

Através da experiência de estágio surgiram diversas inquietações e para compreender com mais profundidade o trabalho do assistente social nessa unidade, foi escolhido como lócus de pesquisa a unidade hospitalar situada na cidade de SAJ- Santo Antônio de Jesus – Ba.

Todavia é importante fazer um breve contexto histórico sobre a cidade, seu desenvolvimento social e econômico.

FIGURA 1-



Fonte: Site Fala Recôncavo,2019

Situada a quase 190 km de Salvador, teve sua emancipação datada em 29 de maio de 1888, possui uma população estimada pelo Instituto de Geografia e Estatística – IBGE⁶ no último censo[2010] é de 90.985 pessoas, ainda segundo o mesmo a população estimada em [2018] é de 100.605 mil pessoas.

A economia do município é advinda do comércio e serviços que vem se fortalecendo como um grande polo comercial atraindo um grande número de consumidores por suas diversidades de ofertas de produtos. Possui uma posição geográfica privilegiada, SAJ é vizinho dos municípios Varzedo, Conceição do Almeida e Dom Macedo Costa, todavia recebe diariamente visitantes das cidades circunvizinhas que vão a SAJ em busca dos serviços oferecidos: comércio, educação e saúde entre outros.

Atualmente Santo Antônio de Jesus tem em seu município duas Universidades: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, Universidade do Estado da Bahia - UNEB que abrange a toda população do recôncavo que buscam o curso superior tem o Instituto Federal da Bahia – IFBA corroborando para o fortalecimento e desenvolvimento social da cidade. (Espaço Empresarial,2019).

⁶ Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/santo-antonio-de-jesus/panorama>

Nos serviços oferecidos na área da saúde, segundo o (IBGE, 2019), SAJ possui 47 estabelecimentos de saúde que atendem ao SUS, sendo um dele o lócus da pesquisa do presente trabalho. A unidade hospitalar escolhida para pesquisa está situada na cidade supracitada, construída e equipada pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), foi inaugurado em 21 de dezembro de 2009.

O hospital possui 150 leitos, sendo 20 leitos de UTI - Unidade de Tratamento Intensivo, dispõe de doze especialidades entre elas: de clínica médica, pediatria, cirurgia geral, traumático - ortopedia, neurocirurgia, UTQ - unidade de tratamento de queimados e serviço de ID - internação domiciliar. Dispõem também de ambulatório, serviço de bio-imagem e centro cirúrgico. Além dos serviços assistenciais e multidisciplinares o hospital possui residência médica própria, nas especialidades de clínica médica, cirurgia geral e traumática- ortopedia, constituindo o campo de prática, ensino e pesquisa para alunos da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia vinculados à instituição pela SESAB. (Fernando Filgueiras,2019).

O profissional de serviço social foi implantado na unidade desde o período de inauguração, todavia apenas uma assistente social foi contratada ocasionando o aumento do quadro de profissionais de serviço social para atender a grande demanda existente. Caracterizado como hospital de grande porte, abrangendo todo o recôncavo baiano e possíveis pacientes flutuantes. Está apto para atendimento de média e alta complexidades, direta e indiretamente. (Fernando Filgueiras,2019). Tendo em vista a necessidade de uma experiência prática, além da teoria adquirida durante todo processo de graduação, a unidade hospitalar oportunizar a área para o campo de estágio supervisionado a alunos da UFRB vinculados pela SESAB , o estágio supervisionado é um componente curricular obrigatório (Resolução CFESS nº 533/2018 § 1º) que visa a implementação do desempenho profissional do discente por meio de experiências e vivenciais das práticas educativas em campo, propiciando ao discente uma aproximação com a realidade na qual ele atuará.

4.2- Relatos de uma experiência

Implicada ao contexto acadêmico no campo de Estágio Curricular Obrigatório Supervisionado I e II numa unidade hospitalar no município de Santo Antônio de Jesus.

Tendo em vista a necessidade de uma experiência prática, compilando fundamentos teóricos adquiridos em sala de aula ao longo da graduação, aliando teoria e prática demonstrando assim o quanto é enriquecedor e importante esta etapa na formação acadêmica e profissional, pois é ele que vai oportunizar o desenvolvimento de sua capacidade para o trabalho profissional, propiciando reflexões sobre a realidade social inserida.

O Estágio conforme IAMAMOTO (2007, p.290), é entendido como o “processo de qualificação e treinamento teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político do aluno”, ressaltando que nesta dinâmica, existem três seguimentos que atrelados, dão vida a este processo: o docente supervisor de ensino acadêmico, o profissional de Serviço Social supervisor de campo e o discente aluno estagiário.

Dentro das diretrizes curriculares do curso de Serviço Social, o Estágio faz parte do projeto pedagógico do curso, além de integrar o itinerário formativo do educando, visando o aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho (lei N°11.788/2008), é considerado atividade curricular obrigatória, iniciando a partir da inserção do discente nas instituições campo de estágio. Tendo como foco principal dessa atividade a qualificação e o treinamento das competências teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política do discente. Nesse processo de aprendizagem, a participação e contribuição do Supervisor de Campo, enquanto o norteador das práticas aos discentes e do supervisor acadêmico a incumbência de correlacionar teoria e prática e suas articulações com as vivências em campo, são de suma importância. Ficando o estagiário com a responsabilidade de se empenhar no processo de aprendizagem-formação, uma experiência necessária à formação acadêmica profissional.

Salientando que o Estágio supervisionado I e II é de observação/conhecimento da instituição e da prática/atuação do Serviço Social, destaco aqui algumas condutas da equipe multidisciplinar dentro da instituição, que me deixou bastante inquieta:

- Fazer do aluno-estagiário funcionário administrativo da instituição. O famoso “favorzinho”;
- Atribuir competências ao aluno-estagiário que compete ao profissional de Serviço Social, exemplo: Fazer atendimento ao usuário dos serviços sem o acompanhamento do supervisor de campo em seu estágio supervisionado I. Sendo

atribuição vedada/proibida ao aluno-estagiário, assumir função do profissional Assistente Social;

- Responder a especificidades que não compete ao Serviço Social, reforçando a prática de serviço auxiliar administrativo, quando solicitado pela própria equipe multidisciplinar;

- A falta de um atendimento humanizado aos familiares/usuários dos serviços comprometendo visão, missão e valores da instituição;

- O quantitativo de profissionais de Serviço Social (equipe mínima), não atende às demandas da instituição, dificultando seu pleno funcionamento e comprometendo a qualidade dos serviços prestados;

- Falta de autonomia relativa do profissional de Serviço Social na instituição, autonomia está respaldada no Título II Dos Direitos e das Responsabilidades Gerais do/a Assistente social Art.2º que constituem direito do/a assistente social: ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções (Código de Ética do serviço Social). Destacando aqui a prática de informar óbitos e preencher declaração de óbitos, comum na conduta dos profissionais de Serviço Social da instituição.

- Instrumento técnico operativo, a “Ficha Social” que ainda é adotada pelos profissionais do Serviço Social como ANAMINESSE SOCIAL (nomenclatura ultrapassada), sendo pouco explorada;

- Proibir familiares de visitar paciente custodiado no leito do hospital. Compactuar com o cerceamento de direitos dos usuários no âmbito da instituição, perante comportamento/decisão de outros profissionais parceiros da instituição local. Haja vista que no Código de Ética do Serviço Social dispõe sobre a profissão de assistente Social, no Art.4º V-orientar indivíduos e grupos de diferentes seguimentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos (Código de Ética).

Essas inquietações salientadas nesse relatório são frutos de minhas observâncias nas práticas de alguns atendimentos prestados pelo Serviço Social na unidade hospitalar de Santo Antônio de Jesus, durante a formação-aprendizagem no Estágio Supervisionado I e II, ressaltando que o cotidiano é diversificado em suas relações, tempos sociais a que se implica e contextualizado pelas institucionalidades

em que se escreve no campo do trabalho, da vida doméstica, no lazer, outrora em vários outros instantes da vida, pois estão entrelaçadas entre essas várias dimensões.

O exercício do profissional de Serviço social no cotidiano com seus fios (vínculos) e desafios (questionamentos), no contexto capitalista emanado pela força mercadológica se conflita com as demandas de atuação do profissional na defesa e implementação de direitos, limitações burocráticas de poder e recursos. Na realidade são domínios estruturados pelas políticas e instituições, articulados aos modos de produção vigentes, com normas, funções, competências, hierarquias, enfim relações de poder e saber (Faleiros, 2010). Produzindo assim, um contexto de múltiplas determinações.

4.3– Serviço Social no hospital: caminhos percorridos

O campo específico dessa pesquisa foi o setor do Serviço Social, buscou –se nessa pesquisa conhecer o trabalho dos assistentes sociais da unidade e os desafios cotidianos encontrados na sua prática profissional. E para alcançar o objetivo esperado foi utilizado um questionário estruturado com 14 questões e aplicado a 4 assistentes sociais da unidade. O questionário foi, portanto, a principal fonte de dados levando em consideração o diário de campo e a experiência de ex estagiária da unidade durante o processo de estágio supervisionado de campo.

Segundo (LODI, 1974 apud LAKATOS, 1996):

[...] as entrevistas estruturadas são elaboradas mediante questionário totalmente estruturado, ou seja, é aquela onde as perguntas são previamente formuladas e tem-se o cuidado de não fugir a elas. O principal motivo deste zelo é a possibilidade de comparação com o mesmo conjunto de perguntas e que as diferenças devem refletir as diferenças entre os respondentes e não diferença nas perguntas (LODI, 1974 apud LAKATOS, 1996, p. 71).

Sendo através da pesquisa qualitativa que foi possível desenvolver as análises para o maior entendimento da atuação do Serviço Social na saúde na unidade hospitalar.

De acordo com Minayo (1994):

A pesquisa qualitativa, trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis [...] não se preocupam em quantificar, mas, sim, em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores atitudes e hábitos. Trabalham com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada. (MINAYO, 1994, p. 21)

Para um melhor entendimento e efetividade da pesquisa, a mesma foi obtida em dois momentos, a realização da coleta dos dados que foi realizada no período de maio e junho de 2019 na unidade.

Atualmente o setor do Serviço Social da unidade possui 5 assistentes sociais, sendo 4 assistentes sociais atuando na sala de plantão localizada na emergência do hospital e uma na coordenação do Serviço Social. Todavia é importante salientar que o questionário foi direcionado para o setor do Serviço Social, entretanto a coordenadora do mesmo não respondeu o questionário.

Para iniciar nossas análises, foi preciso traçar o perfil dos profissionais que estão atuando no Serviço Social no hospital geral do recôncavo da Bahia, através do questionário que foi aplicado. O universo da pesquisa corresponde a 5 profissionais, porém, apenas 4 participaram. Para garantir o anonimato, foram criados pseudônimos: Atenas, Artêmis, Isis, Afrodite, o Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE) foi usado para garantir o sigilo do participante.

O questionário foi elaborado através de perguntas semiestruturadas, com perguntas abertas e fechadas onde o mesmo tinha a liberdade de avançar nas respostas caso desejasse.

De acordo Catunda:

Essas técnicas possibilitam mais liberdade para os indivíduos se expressarem, permite a obtenção de dados de grande valor para a pesquisa, e deixam margem para o pesquisado expor seu lado emocional, assim como também, permite ao entrevistador uma maior flexibilidade, na medida em que pode se alterar a ordem das perguntas e se tem ampla liberdade para fazer intervenções, de acordo com andamento da entrevista. (CATUNDA, 2008, p. 17).

Balizada através das experiências e vivências do cotidiano no estágio supervisionado I e II onde demandas eram direcionadas para o setor do serviço social através da equipe multidisciplinar e pelos diversos colaboradores como cita (Artêmis), muitas das vezes não passando por nenhuma triagem, corroborando com a superlotação na porta do serviço social fazendo com que muitas das vezes o serviço social interrompesse na recepção o fazer das fichas.

Intrigadas pela atuação do serviço social na unidade, no fazer profissional onde o mesmo realizava demandas que eram impostas ao setor, demandadas pela equipe multidisciplinar, colaboradores e gestão.

Inicialmente entrei em contato com a assistente social que na época de estágio estava no cargo de coordenadora do setor de serviço social substituindo uma licença médica, todavia não sabíamos q a antiga coordenadora já tinha voltado a suas funções. A assistente social nos explicou que não estava mais no cargo, todavia a mesma se dispôs a passar o contato da atual coordenadora.

Entramos em contato para conversação sobre a aplicação dos questionários, todavia não obtivemos retorno, insistimos por algumas vezes não houve êxito. O que objetivou a entrar em contato com a antiga coordenadora. A mesma se prontificou a falar com a coordenadora a qual iniciou – se o primeiro contato com a coordenação. Sendo assim entramos novamente em contato com a atual coordenadora e a mesma nos direcionou a mandar um e-mail com teor da pesquisa e os questionários.

Após aprovação o mesmo foi aplicado pela própria coordenadora pois a aplicação dependia da escala e tempo de cada assistente social, haja vista que por ser um hospital de grande porte que atende a população de SAJ e cidades circunvizinhas havia uma grande demanda nos plantões não dando tempo para responder o referente questionário.

Na garantia de manter o anonimato foram criados pseudônimos: Atenas, Artêmis, Isis e Afrodite.

É importante salientar que a pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 466 de 12 de dezembro de 2012 que regulamenta as Normas Reguladoras e Diretrizes da Pesquisa com seres humanos , considerando o direito à liberdade de participar dos sujeitos envolvimento, o sigilo e a sua autorização para participar do trabalho investigativo, salvo quando os mesmos manifestem desejo contrário em se tratando de informações relacionadas com o exercício de cargos públicos (SILVA,2017).

A observação participante é momento que enfatiza as relações informais do pesquisador no campo. Essa informalidade aparente reveste-se, porém, de uma série de pressupostos, de cuidados teóricos e práticos que põem fazer avançar ou também prejudica o conhecimento da realidade proposta.” (MINAYO, 2004, p. 106).

E para tal discursão o perfil das assistentes sociais é um fato relevante para as análises vejamos a seguir:

TABELA 01 – PERFIL DAS ASSISTENTES SOCIAIS (2019)

PSEUDÔNIMOS	IDADE	ESTADO CIVIL	LOCAL DE FORMAÇÃO	PÓS GRADUAÇÃO	TEMPO NA INSTITUIÇÃO	TEMPO TRABALHA NA SAÚDE
Atenas	38 anos	Solteira	UCSAL	Não	04 anos e 06 meses	04 anos e 06 meses
Artêmis	41 anos	Casada	UNIME	Faculdade Regional de Filosofia e Letras de Candeias	08 anos	08 anos
Isis	30 anos	Casada	UNIFACS	Não	1 ano e 6 meses	
Afrodite	35 anos	Solteira	UCSAL	Não	03 anos e 07 meses	03 anos e 07 meses

Fonte: criada através de dados do pesquisador, 2019

Pode - se observar através da tabela exposta que são profissionais que tem experiências de atuação no campo da saúde equivalente ao mesmo tempo de atuação profissional na instituição. O tempo mínimo é de 03 (três) anos e 07 (sete)

meses e o máximo é de 08 (oito) anos, fator importante para demonstrar o grau de experiência e bagagem na prática profissional, levando em conta o grau de conhecimentos sobre as normas e rotinas submetidas pela instituição.

1- Foi perguntado se conheciam os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.

TABELA 02- RESPOSTA 1

Atenas	Artêmis	Isis	Afrodite
Sim	Sim	Sim	Sim

Ou seja, nota – se através das respostas supracitadas que conhecem o documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais onde o mesmo “tem como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na Saúde” (CFESS,2010).

Segundo Hoffmann, 2011:

Os parâmetros indicam a direção da atuação do assistente social na saúde, as possibilidades de intervenção, mas não existem receitas prontas, precisa ser compreendido no conjunto das relações que estabelece com os demais trabalhadores, com os empregadores e ainda, as relações e condições em que o trabalho se realiza. Remete ir além, refletir no trabalho profissional em tempos adversos, na forma como vem se organizando as políticas sociais, pela falta de financiamento, pela precarização do trabalho, pela falta de recursos humanos e de infraestrutura (HOFFMANN,2011, p. 87)

Os parâmetros ele te norteia para uma melhor direção a ser seguida na sua atuação profissional no campo da saúde, todavia as relações e condições impostas no seu cotidiano através das demandas que chegam dependerá de seu âmbito social. Necessitando um olhar mais aprofundado nas expressões da questão social utilizando –se de materiais necessário para uma efetiva atuação.

2- Foi perguntado se “Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” tem sido um instrumento para sua prática profissional? Se a resposta for não justifique.

TABELA 03 – RESPOSTA 2

Atenas	Artêmis	Isis	Afrodite
Sim	Sim	Sim	Sim

A partir dessas afirmativas, nota – se que os parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde está sendo balizador para o cotidiano profissional dos entrevistados. Segundo Miotto (2006) as ações profissionais “se estruturam sustentadas no conhecimento da realidade e dos sujeitos para os quais são destinadas, na definição dos objetivos, na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados às abordagens definidas. ” (MIOTTO; NOGUEIRA,2016 apud MIOTTO,2006).

Com atuação fundante nos conceitos fundamentais para atuação de assistentes sociais na saúde empregados pelo CFESS (2010): Concepção de saúde; integralidade; Intersetorialidade; Participação social; Interdisciplinaridade.

3-Atua numa equipe multiprofissional ou multidisciplinar? Quais?

TABELA 04 – RESPOSTA 3

Atenas	Artêmis	Isis	Afrodite
Sim, enfermeiro, psicólogo e médico	Sim, Psicólogo, Enfermeiro, Médico	Sim, Médico, Psicólogo e enfermeiro	Sim, Médico, psicólogo e enfermeiro

Quando perguntado aonde o serviço social atua se é em uma equipe multidisciplinar ou multiprofissional os pesquisados não definiram, todavia explicitaram sobre a atuação em conjunto juntamente com os profissionais de medicina, psicologia e enfermagem. Segundo Yamamoto (2002, p.41):

[...]é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de seus particulares profissionais (IAMAMOTO,2002, p.41)

De acordo com a autora citada “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo – a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças” (IAMAMOTO,2002, p. 41)

4- As competências do Serviço Social são reconhecidas pelo grupo?

Atenas	Artêmis	Isis	Afrodite
Apenas pela equipe do Serviço Social	Sim, pelo grupo do Serviço Social	Pela equipe do Serviço Social, sim	Apenas pela equipe do Serviço Social

TABELA 05 – RESPOSTA 4

De acordo com as respostas supracitadas nota –se que apesar do serviço social atuarem em uma equipe multiprofissional ainda as competências e atribuições dos assistentes sociais não são reconhecidas pela equipe multiprofissional. Apenas pelo próprio setor de Serviço Social.

Conforme Vasconcelos (2003):

Na saúde, se cabe ao médico, ao enfermeiro, primordialmente, a manutenção, recuperação e promoção de saúde, aos assistentes sociais – que têm como objeto a “questão social” – cabem, principalmente, organizar, aprofundar, ampliar, desenvolver, facilitar os conhecimentos e informações necessários sobre todos os aspectos da história e da conjuntura relativos à saúde e seus determinantes e à participação social e política dos usuários, a partir do conjunto de conhecimentos que a ciência tem produzido sobre a realidade social.(p.435)

O não reconhecimento das competências que compete ao serviço social principalmente em um âmbito hospitalar de grande relevância a atendimento para toda região circunvizinha ocasiona um retardo do atendimento devidos as demandas que são direcionadas para o serviço social que não é competência do mesmo.

De acordo com o CFESS (2010):

O assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho ainda existente (CFESS, 2010, p. 47)

5- Como se dá as correlações de forças neste espaço?

TABELA 06 – RESPOSTA 5

Atenas	Artêmis	Isis	Afrodite
Não respondeu	O Serviço Social está subordinado a hierarquia – Direção Médica; Direção Geral	Temos diretor e coordenadora	Existe diálogo entre a equipe e coordenação, mas há uma imposição de algumas atividades, pela Direção, que não compete a função do assistente social.

Observa –se que nas falas, que um não quis responder outros deram respostas mecanizadas onde os pesquisados remetem a correlação de forças a direção médica e direção geral. Todavia é importante frisar que, as pesquisadas são contratadas pela instituição a qual impõem atribuições que não compete ao serviço social como afirma Afrodite. O que reafirma o quão grande é a correlação de forças dentro da unidade, existindo um vínculo fragilizado por parte do profissional que está sujeito a “substituição” a qualquer negativa.

6-Você poderia citar atividades cotidianas do Assistente Social na instituição?

TABELA 07- RESPOSTA 6

Atenas	Artêmis	Isis	Afrodite
--------	---------	------	----------

Acolhimento aos parceiros e familiares; participação no Boletim Médico - BM da UTI e Estab ⁷ , encaminhamento para os equipamentos externos	Acolhimento ao usuário internado em obs. ⁸ e familiares; participação em boletim UTI e semi UTI. Contato c/ autoridades competentes referentes M. Público, C. Tutelar, Sec. de Saúde, Delegacias, etc.	Participando no Boletim médico da UTI e Semi UTI, acolhimento, encaminhamento aos órgãos competentes como CT.	Acolhimento dos familiares, entrevista social, encaminhamentos aos órgãos competentes, etc.
--	---	---	---

Apesar de ser um hospital de urgência e emergência, que recebe uma diversidade de demandas, atividades cotidianas das pesquisadas são parecidas e mecanizadas.

7- Você no seu cotidiano profissional utiliza instrumentais?

TABELA 08- RESPOSTA 7

Atenas	Artêmis	Isis	Afrodite
Sim, entrevista social, evolução social, livro de ocorrência.	Sim, entrevista social; visitas as enfermarias; acolhimento; relatório social; acompanhamento social; evoluções; livro de ocorrência.	SIM, Entrevista social, relatório social, livro de ocorrências e evolução social.	Sim, respondido folha anterior.

As afirmativas demonstram que o serviço social utiliza de instrumentais para uma melhor operacionalização da ação profissional. Assim como afirma Martinelli (1994), é um conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permite a operacionalização da ação profissional. Todavia segundo Guerra (2007), para usar os instrumentos é primordial que o profissional de serviço social tenha habilidades e

⁷ Sala de estabilização, usada também como uma semi UTI

competências: teórico – metodológicos, ético-político, técnico – operativo e formativa.

8-Quais as principais dificuldades/limitações no cotidiano da prática profissional na instituição?

TABELA 09- RESPOSTA 8

Atenas	Artêmis	Isis	Afrodite
Falta de compreensão dos colegas de trabalho sobre a atuação do assistente social.	O não atendimento por parte de diversos colaboradores sobre as atribuições do assistente social; os encaminhamentos de demandas que não nos compete.	Falta de compreensão dos outros profissionais sobre o qual a função do assistente social e por isso não encaminham demandas que não competem ao setor.	Demandas que não compete ao Serviço Social; Colegas de outros setores que não compreendem o que é o Serviço Social.

Diante do exposto, evidencia que de acordo com as pesquisadas as dificuldades e limitações que limita a sua prática profissional é a falta de compreensão dos profissionais em saber o que é o Serviço Social e quais são as suas competências.

Segundo CFESS (2010):

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. (CFESS,2010).

Todavia as respostas supracitadas foram todas relacionadas “ao não saber” dos profissionais, e que acabam direcionando demandas que não é do serviço social e que se tornam cada vez mais cansativas por ter que parar para entender e direcionar para usuário da saúde para o setor certo, conseqüentemente lotando o atendimento que por sua vez acaba tomando muito tempo do assistente social em um setor só.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O presente trabalho pautou-se em discutir o Serviço Social em um hospital geral do Recôncavo da Bahia a partir da atuação do assistente social na unidade hospitalar. O interesse pelo lócus de pesquisa surgiu a partir da experiência de estágio supervisionado I e II em Serviço Social. A pesquisa teve como objetivo principal analisar a atuação do Serviço Social na saúde e como objetivos específicos: analisar a atuação do assistente social na unidade hospitalar; Compreender se existe a correlação de força entre as equipes multiprofissional na instituição; Identificar limites e possibilidades da atuação profissional do Serviço Social na instituição.

Todavia o resultado da pesquisa aponta a realidade atual do profissional na unidade de saúde. Através das respostas pude perceber as inquietações dos profissionais de serviço social com relação a falta de conhecimento da equipe multiprofissional no que se refere as atribuições e competências do assistente social, na falta desse conhecimento, as demandas que são direcionadas ao setor de plantão acabam sobrecarregando o profissional, dificultando sua atuação no seu cotidiano profissional.

As respostas levaram a reflexões sobre a atuação do profissional de serviço social com base nos parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde, todavia as respostas das entrevistadas afirmam conhecer e usar o documento muitas das vezes até mesmo para questionar e ter embasamento para debater sobre suas atribuições e competências. Identifiquei através das respostas que os profissionais usam alguns eixos explícitos nos parâmetros, todavia como por exemplo o atendimento direto ao usuário; ações socioeducativas; formação profissional. Entretanto a relação teoria e prática está restrita a relação de poder, apesar de os profissionais serem capacitados para o trabalho, a correlação de forças existente na instituição prejudica a atuação do profissional, haja vista que as mesmas são profissionais assalariadas e dependem do trabalho para sobreviver o que afirma a ausência de respostas de uma delas. Pois o vínculo com a instituição é fragilizado e torna o profissional muitas das vezes impotente em determinadas situações.

A atuação dos assistentes sociais na instituição perante ao Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde em sua maioria está vinculada ao que não é atribuição do profissional de serviço social. Vinculada a desempenhar funções administrativas os profissionais são sobrecarregados em ter que dá conta de toda instituição em apenas um plantão comprometendo o processo de trabalho e respectivamente sua qualidade. É importante salientar que o quadro de profissionais de serviço social é inferior à real necessidade da instituição.

Os limites do assistente social na instituição estão atrelados aos encaminhamentos para a rede socioassistencial e as determinações da própria instituição e as possibilidades são inúmeras, todavia, estes profissionais estão acuados pelo vínculo fragilizado o que torna sua atuação comprometida. Entende – se que os parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde não é apenas o

único documento para subsidiar a atuação do assistente social, entretanto é de suma importância para nortear a atuação profissional do assistente social na saúde.

Por fim, alcançando o objetivo geral de analisar a atuação do Serviço Social na Saúde destaca – se que o profissional da referida instituição mesmo sendo um profissional capacitado para desempenhar suas atribuições e competências no cotidiano profissional está limitado a correlação de forças e submetidos a fazerem determinadas funções que não as competem devido ao seu vínculo fragilizado e sujeito a “substituição”, comprometendo sua atuação como Assistente Social.

REFERÊNCIA

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate**. In: MOTA, A. E. et al. (org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4.ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. P. 197 – 217.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em Acesso: 18 de dezembro de 2015. _____

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2008. Biblioteca Básica de Serviço Social, v.2.

BORGES, Cristiane Fernandes da Silva. **Serviço Social na Área da Saúde: Uma Análise da Relação Teoria e Prática na Atuação Profissional das Assistentes Sociais do Hospital Distrital Drº Evandro Ayres de Moura**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade Cearense (FAC), Fortaleza, 2012.

CATUNDA, Roberta Arrais de Souza. **O significado do acompanhante para pacientes internos e profissionais de saúde: construindo o atendimento humanizado**. Monografia (graduação em serviço social) Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados. Fortaleza/CE, 2008

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: Acesso em: 25 março de 2019.

_____. **Código de Ética do assistente social e Lei n. 8.662/93**. 10. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012a. Disponível em: http://www.cress-es.org.br/site/images/cep_2011.pdf . Acesso em: 25 março de 2019.

Hoffmann, Edla **A integralidade e o trabalho do assistente social : limites e possibilidades na Estratégia Saúde da Família**. Porto Alegre, 2011.

HOSPITAL regional de s.a.j. Instituto Fernando Filgueiras, 2017. Disponível em: < <http://fernandofilgueiras.org.br/unidades/hospital-regional-de-s-a-j/>>. Acesso em 14 de julho de 2019.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade**. Atribuições Privativas do(a) Assistente Social Em questão. Brasília: CFESS, 2002

Martinelli, Maria Lúcia. Koumrouyan, Elza. **Um novo olhar para questão dos Instrumentais técnico-operativo em Serviço Social e Sociedade**. SP. Cortez, nº 45, p. 137-141, ago.1994.

Lei no 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. Brasília, DF, 19 set. 1990

POLIGNOMO. Marcus Vinícios. **Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão**. Cadernos do Internato Rural – Faculdade de Medicina/ UFMG, 2001. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-\[16-030112-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-[16-030112-SES-MT].pdf)> Acesso em 17 de jul de 2019.

SILVA. Karina Aparecida Feliciano. **A Prática Profissional dos Assistentes Sociais da Atenção Primária à Saúde do município de Toledo-Paraná e os “Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política De Saúde do Conselho Federal De Serviço Social-Cfess”**. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo, 2012.

SILVA, Laiza de Souza. “ **É tempo de resistir, de insistir, de bradar homens e mulheres reais, de tempos desiguais [...]**”. **Precarização do Trabalho da (o) assistente social no SUS**. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cachoeira, 2017

SILVA, Sida. **O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: Reflexões sobre a inserção profissional do assistente social na gestão municipal da política de saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Cachoeira, 2012.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós – abissal**. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2016.v40n108/204-218/>. Acesso em: 22 jul de 2019.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma Sanitária. In: Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria. Teixeira, S. F.(org.). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde**.- 2.ed.- São Paulo: Cortez, 2003.

BOSCHETTI, I. SALVADOR, E. O financiamento da Seguridade Social no Brasil no período 1999 a 2004: quem paga a conta? In: MOTA, A. E. et al. (orgs). Serviço Social e Saúde. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, M. I. S. Saúde e Serviço Social [et. al.] 3 ed. São Paulo, Cortez 2007.

MOTA, A. E. S. Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. – 3 ed. – São Paulo, Cortez, 2005.

NETTO, J. P. Das ameaças à crise. In: Revista Inscrita, ano VII, nºX novembro de 2007 p. 39.

ORTIZ, F. da S. G. O Serviço Social e sua Imagem: avanços e continuidades de um processo em construção. 2007. 303 f. Tese (Doutorado) - Programa de PósGraduação da Escola de Serviço Social/UFRJ, Rio de Janeiro, 2007.

CORREIA, M. V. C. Desafios para o Controle Social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS**

Rua Ariston Mascarenhas, s/n, Centro, Cachoeira, Bahia, Brasil, CEP 44.300-000
Fone: (75) 3425-2729 / Fax: (75) 3425-1062 / <http://www.ufrb.edu.br/cahl>

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Janaína Gomes da Silva, estou pesquisando acerca do Serviço Social em um Hospital Geral do Recôncavo da Bahia: desafios cotidianos. Assim, identificamos o senhor (a) como uma profissional importante para este estudo.

Assumo o compromisso de que sua identidade permanecerá confidencial, salvo expressa manifestação em sentido contrário. Caso o senhor (a) decida manifestar pública a sua opinião, será garantido que a transcrição da entrevista será submetida a sua apreciação antes de qualquer divulgação.

Sua participação nessa pesquisa é fundamental para a elucidação de aspectos importantes do estudo supramencionado. A qualquer momento o senhor (a) poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar.

Eu, _____, declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa “O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL GERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA: desafios cotidianos” – e aceito nela participar.

Autorizo a identificação de meu nome nas publicações resultantes do referido projeto

Não autorizo a identificação do meu nome

Santo Antônio de Jesus -Ba ____/____/2019.

Assinatura do entrevistador

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO

1.Nome completo _____

2.Idade _____

3.Estado civil: Solteiro (a) () Casado(a) () Divorciado(a)() outros ()

4. Local de Formação _____

5. Pós-Graduação: () Sim () Não

Onde: _____

6. A quanto tempo está na instituição?

7. Quanto tempo trabalha na área de saúde?

8. Conhece os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Políticas de Saúde? Sim() Não()

9. Os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)” tem sido um instrumento para sua prática profissional? Se a resposta for não, justifique

10. Atua em equipe multiprofissional ou multidisciplinar? () SIM () NÃO

a) Qual (is)

b) As competências do Serviço Social são reconhecidas pelo grupo?

c) Como se dá as correlações de forças neste espaço?

11. Você poderia citar atividades cotidianas do assistente social na instituição?

12. Você no seu cotidiano profissional utiliza instrumentais? () Sim () Não Quais?

13. Quais as principais dificuldades/limitações no cotidiano da prática profissional na instituição?

