



**RATIO - FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

JULIANA NOBRE FIRMINO DA SILVA

**O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL E OS DESAFIOS
ENCONTRADOS NO HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL
DE ARACOIABA/CE**

FORTALEZA – 2017.2

JULIANA NOBRE FIRMINO DA SILVA

**O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL E OS DESAFIOS
ENCONTRADOS NO HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL
DE ARACOIABA/CE**

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica Ratio, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Diocleciana Paula da Silva

FORTALEZA 2017.2

JULIANA NOBRE FIRMINO DA SILVA

**O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL E OS DESAFIOS
ENCONTRADOS NO HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL
DE ARACOIABA/CE**

Monografia apresentada como pré-requisito para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social, outorgado pela Faculdade Teológica Ratio, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos professores.

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Diocleciana Paula da Silva
(Orientadora)

Prof.^a Ms. Maria do Socorro Lima Martins

Prof.^a Esp. Emmanuella Saraiva Martins

“Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, meu guia, meu protetor e consolador. À minha querida mãe Fátima Nobre, ao meu amado esposo Cícero Ferreira e às minhas princesas Maria Eduarda e Júlia, razão do meu viver”.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades durante a minha formação acadêmica e por ter permitido que tudo isso acontecesse.

Ao meu esposo, pelo seu amor e zelo dedicados a mim. Às minhas filhas lindas, que souberam suportar e compreenderam a minha ausência.

À minha mãe, heroína, que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis de desânimo e cansaço. Ao meu querido pai, em memória, Francisco de Assis Firmino, meu amor eterno.

À minha irmã Flávia Nobre e às minhas sobrinhas Fernanda e Amanda, por fazerem parte da minha vida.

Ao meu querido sobrinho Robson Pereira, que me dedicou o pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções, ajuda e incentivos.

Às Assistentes Sociais do Hospital e Maternidade Santa Isabel, Francisca da Costa (Francy), Joana Costa e Priscila Monteiro, pela colaboração nas informações para esse trabalho, como também para a minha formação profissional.

Agradeço a todos os professores que me proporcionaram o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por terem se dedicado a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. Nunca se fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominá-los terão os meus eternos agradecimentos.

À professora Diocleciana Paula, pela orientação, apoio e confiança.

Às professoras Ms. Maria Socorro Martins e Emannela Martins, pelo paciente trabalho de revisão desta monografia.

Agradeço aos amigos e amigas companheiras de luta e trabalho e irmãs na amizade que fizeram parte da minha formação e que, certamente, vão continuar presentes em minha vida.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

“Tudo posso n’ Aquele que me fortalece”
Felipenses, 4:13

RESUMO

O estudo tem como objetivo analisar os limites, os desafios e possibilidades do cotidiano profissional do assistente social na operacionalização do Sistema Único de Saúde. Desse modo, procuramos compreender a saúde na perspectiva de política pública, buscando elementos que possibilitem um entendimento no sentido de aprendê-la dentro do contexto neoliberal, considerando os avanços do SUS. Os sujeitos foram assistentes sociais registrados no CRESS, lotados no Hospital e Maternidade Santa Isabel, localizado em Aracoiaba-CE. Para coleta utilizamos entrevistas semiestruturadas. Através da análise do conteúdo das mesmas constatamos que o assistente social tem o papel de atuar no enfrentamento das contradições da sociedade capitalista, na viabilização do SUS, contribuindo no processo saúde-doença dos sujeitos, à medida que sua intervenção se volta para a compreensão dos sujeitos não como seres isolados, mas articulados a fenômenos sociais. Concluímos que há a necessidade de uma política de saúde efetiva, e isto alarga os limites operados no cotidiano profissional, dificultando o exercício profissional à luz do projeto hegemônico da profissão, o qual potencializa as mudanças em favor dos interesses da maioria.

Palavras-chave: Serviço Social; Saúde; SUS; Desafios; Assistente Social.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the limits and challenges of the social worker's daily routine in the operationalization of the Unified Health System. In this way, we seek to understand health in the perspective of public policy, seeking elements that allow an understanding in the sense of learning it, within the neoliberal context, considering the advances of the SUS. The subjects were social workers enrolled in CRESS, which were filled at the Hospital and Maternidade Santa Isabel, located in Aracoiaba-CE. For collection we used semi-structured interviews. Through the analysis of the content of these, we find that the social worker has the role of acting in the confrontation of the contradictions of capitalist society, in the viabilization of SUS, contributing in the health-disease process of the subjects, as their intervention turns to the understanding of the subjects not as isolated beings but articulated to social phenomena. We conclude that there is a need for an effective health policy, and this widens the limits of daily professional life, hindering professional practice in light of the hegemonic project of the profession, which potentiates changes in favor of the interests of the majority.

Keywords: Social Service; Health; SUS; Challenges; Social Worker.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

AIS – Ações Integradas da Saúde

CAPS – Centro de Apoio psicossocial

CBCISS – Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CRES – Coordenadoria Regional de Saúde

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

CNS – Conferência Nacional de Saúde

DC – Desenvolvimento de Comunidade

DPVAT – Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Via Terrestre

FSESP – Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública

HMSI – Hospital e Maternidade Santa Isabel

IAPS – Instituto de Assistência e Proteção Social

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 10 |
| 2. HISTÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE | 14 |
| 3. HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL: DA CRIAÇÃO AOS DIAS ATUAIS | 28 |
| 3.1. O serviço social na instituição e o HMSI | 34 |
| 4. OS DESAFIOS ENCONTRADOS PELO ASSISTENTE SOCIAL NO HMSI | 38 |
| 4.1. Atribuições e competências dos assistentes sociais | 38 |
| 4.2. Ações de articulação com a equipe de saúde | 41 |
| 4.3. Os desafios enfrentados pelo assistente social no HMSI | 43 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 47 |
| REFERÊNCIAS | 51 |
| ANEXOS..... | 53 |

1. INTRODUÇÃO

O Brasil tem passado por profundas transformações em seu sistema de saúde, boa parte delas relacionadas ao modo como o atendimento é prestado e planejado. Isto fica especialmente evidenciado a partir de marcos como a promulgação da Constituição Federal de 1988, que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que contribuiu para a formação de princípios e diretrizes norteadores do referido sistema (BRASIL, 2003).

Faz-se necessário então compreender os limites referentes a esta pesquisa. Primeiramente esta limitou seu objeto de estudo ao escopo regional, sendo que para tanto foi escolhido o Hospital e Maternidade Santa Isabel, localizado na cidade de Aracoiaba-CE. A referida instituição atende ao município de Aracoiaba e aos da microrregião de Baturité (Aratuba, Baturité, Capistrano, Guaramiranga, Itapiúna, Mulungu e Pacoti) nas áreas de clínica médica, traumatologia e cirurgia geral, bem como atendimentos ambulatoriais na área de urgência e emergência.

Outro fator que denota o enfoque desta pesquisa é a preocupação com o trabalho cotidiano do Serviço Social na instituição anteriormente citada, uma vez que não é a questão central deste trabalho investigar o funcionamento do Hospital e Maternidade Santa Isabel como um todo.

Por esta conjuntura de fatores deu-se a escolha da problemática deste trabalho, pois o mesmo mostrou-se não apenas relevante em nível das questões relacionadas ao bem-estar social e pessoal, mas também apresentou potencial para contribuir com a área acadêmica, isto em virtude das possibilidades de pesquisa originadas dos resultados obtidos.

Sendo assim o presente trabalho investigou os desafios encontrados pela assistente social no exercício do atendimento à população usuária do serviço de saúde do Hospital e Maternidade Santa Isabel, passando por descrever o trabalho dos assistentes sociais na instituição pesquisada, diferenciando o trabalho do Serviço Social da equipe multiprofissional de um hospital regional, bem como identificou as dificuldades e desafios enfrentados pelos assistentes sociais na realização das abordagens necessárias ao serviço de saúde no referido hospital.

O SUS é fruto da reivindicação da sociedade civil através de movimentos pela reforma sanitária. É possível dizer que o SUS tem como objetivo integrar e coordenar as ações de saúde nas três esferas do governo. O artigo 4º da lei 8080/90 afirma que o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais,

da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o SUS. Em sua concepção, é importante apontar que o SUS não se trata de um sistema de serviços assistencialistas, mas que visa “articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, como as de cura e reabilitação.” (IBIDEM, p. 532).

Percebemos que nesse novo modelo a saúde apresenta novas características como o conceito ampliado de saúde, a garantia da saúde como direito social, a universalidade na atenção à saúde e a composição multiprofissional e interdisciplinar do atendimento em saúde. A saúde passa a ser vista com um espaço de atenção multidimensional.

Desta forma, o Assistente Social, como profissional inserido na divisão social e técnica do trabalho, inclui-se neste meio, implementando sua ação, tornando-se indispensável nas equipes de saúde. Diante destas situações é perceptível a necessidade imediata do trabalho interdisciplinar para a qualificação da atuação, tanto dos assistentes sociais, quanto dos demais profissionais.

A interdisciplinaridade é um instrumento poderoso que permite intervir na realidade social, sobretudo porque diferentes campos do conhecimento se articulam, tendo o mesmo objeto de investigação: fenômenos da realidade. (BARROS; SUGUIHIRO, 2003, p. 8)

Com isso, é de grande relevância que se atinja um trabalho interdisciplinar, pois o atendimento aos usuários deve ser realizado de forma estruturada e organizada pela rede de serviços do SUS. Assim sendo, pode-se diagnosticar entre os usuários e acolher demandas, prestando-lhes atenção digna, de qualidade e resolutiva, desde o primeiro nível de atenção à saúde.

O assistente social em uma equipe interdisciplinar de saúde é o profissional que identifica as necessidades dos usuários e as condições sociais em que ele está inserido, numa perspectiva de totalidade, passando a interpretar junto à equipe aspectos relevantes no âmbito social. Com isso, o mesmo utiliza-se de seus conhecimentos teórico-práticos para ser um proponente de novas modalidades de enfrentamento das situações.

Com isso, a interdisciplinaridade se insere como estratégia de fortalecimento das atividades integradoras de ensino, pesquisa e extensão em saúde, na medida em que abre espaço para reflexão e troca de experiências valiosas para produção de conhecimentos e aprimoramento da qualidade da formação de profissionais e da assistência em saúde, perspectiva da humanização, integralidade e resolutividade do atendimento.

A realização da pesquisa se deu a partir do método qualitativo, de campo, por meio do cotidiano e vivências dos profissionais, uma vez que, conforme Minayo (1994) a pesquisa qualitativa estuda questões particulares, preocupa-se com a realidade que não pode ser quantificada, buscando a subjetividade, a profundidade, sendo necessária na descoberta da realidade, em que possibilita a visão do objeto da pesquisa.

Tal pesquisa se desenvolveu no Hospital de média complexidade pertencente ao município de Aracoiaba-CE. Os sujeitos da pesquisa são assistentes sociais, lotados na instituição pública de saúde. Os resultados deste estudo se deram a partir de entrevistas e das reflexões levantadas por esses profissionais.

Como instrumento para a coleta de dados, optou-se por entrevistas semiestruturadas. Essas entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, deixando as entrevistadas livres para conversarem a respeito dos tópicos pré-estabelecidos, focando as questões centrais para a realização do estudo. As análises foram realizadas com base na técnica da análise de conteúdo. Campos (2004) afirma que a fala humana é rica e valiosa, apresentando ao pesquisador qualitativo uma variedade de interpretações.

Com a técnica de análise de conteúdo, as entrevistas foram transcritas, analisadas e categorizadas de modo que possibilitaram a interpretação das falas dos sujeitos implicados na investigação, ampliando o tema pesquisado e configurando os resultados apontados nesta pesquisa.

Segundo Feuerwerker (1999), a possibilidade de uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença, é o objeto do trabalho em saúde e passa necessariamente por uma abordagem interdisciplinar e por uma prática multiprofissional.

Tal prática organiza-se na medida em que o processo de trabalho considera a complementaridade dos diversos saberes e práticas profissionais e busca a integralidade do cuidado. De acordo com o referido autor é importante salientar a diferença entre trabalho multiprofissional e trabalho em equipe. O primeiro caso requer uma interação entre os vários conhecimentos técnicos específicos com a produção de uma solução/proposta de intervenção que não seria produzida por nenhum dos profissionais isoladamente. O segundo caso implica na necessidade de compartilhar o planejamento, a divisão de tarefas, e a cooperação e colaboração, podendo acontecer entre profissionais de uma mesma área, entre profissionais de uma mesma carreira e também dentro de uma equipe multiprofissional.

Assim sendo, segundo Peduzzi (2001), a noção de equipe multiprofissional é tomada como uma realidade dada, uma vez que existem profissionais de diversas áreas que atuam de forma conjunta e a articulação dos trabalhos especializados não é problematizada.

As equipes multiprofissionais de referência serão a estrutura nuclear dos serviços de saúde do hospital e serão formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes, que irão compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria N° 3.390 de 30/12/2013, Art. 11, § 2º)

Uma vez reconhecida a importância da equipe multiprofissional de saúde no atendimento à população, torna-se necessário investigar as questões que norteiam este tipo de trabalho, passando também pelos desafios e demais subjetividades características desta proposta de trabalho.

O processo da pesquisa que se apresenta está estruturado da seguinte forma: no primeiro capítulo é apresentada a história do Serviço Social na saúde, sendo o assistente social o profissional possuidor de base de intervenção e comprometimento com os interesses históricos da população diante das expressões da questão social na perspectiva da garantia dos direitos civis, políticos e sociais. Esse capítulo também engloba o papel do Serviço Social no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como finalidade a garantia dos direitos, no sentido de promover a construção desses serviços, à medida que procura materializar, na realidade do SUS, os instrumentos legais que permeiam o sistema de saúde.

No segundo capítulo adentramos à história do Hospital e Maternidade Santa Isabel, desde sua criação aos dias atuais, bem como a implementação do Serviço Social na referida instituição e as transformações que ocorreram a partir de sua implantação.

No terceiro capítulo as discussões prosseguem com os desafios encontrados pelo assistente social no HMSI, suas atribuições e competências, a formação profissional e as ações com a equipe multiprofissional voltadas para os interesses da população atendida pelo sistema de saúde.

Por fim, foram elencados pelas assistentes sociais pontos possíveis para a construção de um trabalho em que haja relações fortalecidas e se faça presente a continuidade e a articulação de programas e projetos que envolvam diversas equipes como estratégia para a superação de práticas fragmentadas e ineficazes.

2. HISTÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Com a chegada dos anos de 1930 no Brasil, os assistentes sociais atuam de forma expressiva na área da saúde, período em que ocorreu o advento da formulação da política nacional de saúde, o que resultou em um grande volume de requisições por profissionais de Serviço Social, sendo que inicialmente estes profissionais ocuparam espaços institucionais tais como hospitais e ambulatórios. Outra característica marcante deste período é a forte influência europeia no campo do Serviço Social, o que impactou diretamente no modo como os profissionais atuavam. A inserção do Serviço Social na área da saúde inicia com a ação pioneira do Serviço Social no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, em 1943, denominado Serviço Social Médico.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial acompanhado do crescimento do capitalismo no Brasil e de mudanças em níveis internacionais, o Serviço Social passa a expandir-se a partir do ano de 1945, assim como a sua atuação na saúde. Uma das mudanças mais notórias foi a substituição da até então utilizada influência europeia pela norte-americana, a qual era tida como mais sistematizada; o julgamento moral foi substituído pelas análises de cunho psicológico, e isto foi o motivador para a mudança na ação profissional, que passou a ser caracterizada pela racionalidade técnica e os novos conhecimentos do Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade.

A expansão anteriormente citada tem como um de seus principais fatores a adoção do conceito ampliado de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948. Segundo Bravo e Matos (2006) esta mudança requisitou a atuação de vários profissionais, inclusive dos próprios assistentes sociais, em virtude do enfoque dado ao trabalho em equipe multidisciplinar. O assistente social neste aspecto voltou-se para atividades em prática educativa com relação aos hábitos de higiene e saúde, atuando nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde.

Nos anos 1950, o Serviço Social incorpora cada vez mais uma política de ensino, com foco na comunidade, ou seja, Desenvolvimento de Comunidade (DC), que possuía como objetivo “ajudar as comunidades a reconhecerem suas necessidades e a assumirem responsabilidade na solução de seus problemas pelo fortalecimento de sua capacidade em participar integralmente na vida da nação.” (XII Conferência Internacional de Serviço Social, 1962, *apud* VIEIRA, 1978, p.252).

A profissão de Assistente social foi reconhecida em 1956 após o Decreto Lei n. 35.311 de 08/04/1954, que regulou o ensino do Serviço Social no país. Esse decreto, em seu art. 2º, teve como finalidade:

I- Promover a formação de pessoal técnico habilitado para a execução e direção do Serviço Social; II- Aperfeiçoar e propagar conhecimentos e técnicas relativas ao Serviço Social; III- Contribuir para criar ambiente esclarecido que proporcione a solução adequada dos problemas sociais. (BRASIL, 1954)

A profissão possuía em seu histórico o código de ética de 1947, sendo atualizado somente em 1965 com a ditadura militar e posteriormente em 1975. É importante salientar também que durante esse período ocorreu uma ampliação do número de assistentes sociais, juntamente com um crescimento do número de escolas de Serviço Social, o que segundo Iamamoto (1986), resultou na preocupação em buscar o científico para realização da prática.

Com relação à atuação profissional na área da saúde, na época suas diretrizes e processos não foram modificados e continuou a ter uma dimensão individual, conforme Bravo (2009): “As propostas racionalizadoras na Saúde, que surgem a partir da década de 50 [...] não tiveram repercussão no trabalho dos assistentes sociais na saúde no Brasil.”.

Netto (2006) destaca o ano de 1964 quando no Brasil vivencia-se a Ditadura Militar, um regime burocrático autoritário burguês, ou seja, uma estratégia de controle e repressão política. O Serviço Social vive um momento de reconceituação, buscando, como refletido pelo autor, romper com os modelos tradicionais.

Tal proposta objetivava lidar com a inserção dos assistentes sociais em grandes instituições, tendo como resultado a necessidade de renovação em se tratando de sua natureza metodológica e em decorrência, entre outros, de mudanças conjunturais da época. De acordo com o autor esse momento é dividido em três perspectivas: modernizadora (positivista e funcionalista - instrumental técnico-operativo), reatualização do conservadorismo (fenomenológica - subjetivação e psicologização) e intenção de ruptura (marxismo - romper com o conservadorismo do Serviço Social).

A perspectiva modernizadora visava o aperfeiçoamento do instrumental técnico-operativo, passando o discurso profissional a ser alimentado pelas teorias da modernização das ciências sociais, articulado às teorias neotomistas com a ideia da pessoa humana. Logo, tem base na metafísica filosófica de visão do particular e da sociedade. Essa vertente tem como teorização os documentos de Araxá e Teresópolis, que tiveram como finalidade

aperfeiçoar a profissão para atender as demandas apresentadas pós-golpe de 1964, redimensionando com o Serviço Social de caso, grupo e comunidade.

O Documento de Araxá foi redigido no ano de 1967 no estado de Minas Gerais, publicado pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais (CBCISS). Este representa uma visão humanista, tratando dos níveis de microatuação e macroatuação do Serviço Social. O nível de microatuação seria responsável pela discussão da prática profissional voltada para a prestação de serviços diretos, já o nível de macroatuação assumiria o caráter de política e o planejamento.

O Documento de Teresópolis, escrito no ano de 1970, afirma a legitimidade do Serviço Social como ciência, buscando garantir credibilidade científico-sistemática, situando o assistente social como “funcionário do desenvolvimento”.

A outra vertente, reatualização do conservadorismo, para Netto (2006) se legitima no Seminário de Sumaré (1978) e no Seminário do Alto da Boa Vista (1984). Esta, de acordo com sua análise, se debruça em pensar nos dilemas não discutidos pela vertente modernizadora, recusando os modelos teórico-metodológicos do positivismo tradicional, crítica voltada à forma de tratar os fatos sociais como coisas.

Com o início da década de 1980, destacamos a intenção de ruptura, movimento que buscou romper com o passado conservador do Serviço Social e os indicativos prático-profissionais para consumá-la. Formado por profissionais e estudantes, que procuraram na pesquisa da teoria crítica marxista exercer uma crítica ao desempenho do Serviço Social até o momento, seus suportes teóricos, metodológicos e ideológicos.

Observamos então que os acontecimentos acerca do Serviço Social nas décadas de 70 e 80 são de grande relevância, pois como afirma Martinelli (2006) “posta em seu lugar no cerne do movimento, envolvida por múltiplas forças contraditórias, a identidade começou a ganhar uma nova dimensão de força viva, de movimento permanente, de construção incessante”. Então, nesse período, a profissão começa a identificar um projeto profissional, com base na consciência política e coletiva, posicionando-se em defesa da classe trabalhadora.

O Código de Ética Profissional de 1986 foi uma expressão daquelas conquistas e ganhos, através de dois procedimentos: negação da base filosófica tradicional, nitidamente conservadora, que norteava a “ética da neutralidade”, e afirmação de um novo perfil do técnico, não mais um agente subalterno e apenas executivo, mas um profissional competente teórica, técnica e politicamente (CFESS, 1993, p.02).

A Saúde no período de 1964 a 1974 desenvolve-se com foco no setor privado, assumindo um modelo que estima a assistência médico-curativa, desvalorizando as ações preventivas de natureza coletiva. Ainda nos anos 1960 temos a criação do Instituto de Assistência e Proteção Social (IAPS) e, posteriormente, a fundação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Embora com todas as mudanças ocorridas na saúde nesse momento, foram poucas as transformações ocorridas na atuação do Serviço Social nessa área. A principal é o fato de que a prática do assistente social se estruturou de forma organizada e passou a tomar corpo na área da saúde.

Do ano de 1974 até o início dos anos 1980, a categoria dos assistentes sociais, apesar do processo organizativo propiciado pelo movimento de reconceituação, não assume hegemonicamente posicionamentos críticos.

Na prática, manteve-se o caráter conservador com uma visão psicologizada das relações sociais, sendo o indivíduo culpabilizado por sua situação social ou seu estado de saúde, cabendo ao profissional de Serviço Social, recuperá-lo através de uma ação moralizadora. (VITAL, 2007, p. 09).

No entanto, em 1979, acontece o III Congresso Brasileiro de Serviço Social, conhecido como “Congresso da Virada”, que apontou categoricamente para uma separação entre o pensamento tradicional e um novo olhar profissional em defesa das *classes subalternas*. Barroco (2008) assinala que a partir desse marco, no contexto da reorganização política da sociedade civil, em defesa da redemocratização e da ampliação dos direitos civis e sócio-políticos, os valores ético-políticos inscritos no projeto profissional de ruptura, adquirem materialidade, o que se evidencia na organização política da categoria, na explicitação da ruptura com o tradicionalismo profissional e no amadurecimento da reflexão de bases marxistas.

A área da saúde foi pioneira no processo de democratização, devido à efervescência política desde o final da década de 1970, bem como à organização do Movimento da Reforma Sanitária, que reuniu movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura, em prol de uma mudança do modelo médico assistencial privatista para um Sistema Nacional de Saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade (CORREIA, 2005).

Para Bravo (2000), o projeto da Reforma Sanitária é fruto da mobilização da sociedade brasileira diante de um Estado conservador e assistencialista, reivindicando um Estado democrático, com políticas sociais, principalmente no setor saúde. A Reforma Sanitária foi

fruto de lutas e mobilizações dos trabalhadores de saúde, articulado ao movimento popular, com o objetivo de reverter o sistema perverso de saúde vigente e a proposição de um sistema único de saúde como uma estratégia, através da qual fosse possível um Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas públicas e pela saúde.

Já na década de 1980, a saúde vive o momento de Reforma Sanitária, tendo como preocupação central que o Estado atue em função da sociedade, concepção de Estado de direito que fosse responsável pelas políticas sociais. Bravo (2009) afirma que nesse período juntamente com a Reforma Sanitária, acontece no Serviço Social uma ampliação do debate teórico de temáticas como o “Estado e as políticas sociais” baseadas no marxismo. A autora explicita que o processo de globalização mundial com a revolução técnico-científica trouxe graves consequências, agravando a exclusão social, econômica, política e até mesmo cultural. O trabalhador torna-se cada vez mais sujeito da pauperização, do descaso e da violência.

Ainda na década de 1980, a saúde contou com a participação de novos atores, como os profissionais de saúde, o movimento sanitário, os partidos políticos de oposição e os movimentos urbanos, na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas. Neste âmbito a saúde deixa de ser interesse apenas de uma categoria, assumindo uma dimensão política, vinculada à democracia onde suas principais propostas debatidas foram:

A universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local através dos novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2001a, p.25).

No Brasil, as lutas da Reforma Sanitária questionavam o conceito reduzido de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), organização esta que foi instituída em 1948 e apresentava tal conceito como sendo “uma condição de equilíbrio ativo (que inclui a capacidade de reagir a inevitáveis doenças) entre o ser humano e seu ambiente natural, familiar e social” (BERLINGUER, 1996 apud, KRÜGER, 2005, p. 70).

Essas lutas supracitadas apresentaram duas concepções diferenciadas, a primeira é a dimensão de saúde que se refere aos aspectos da assistência direta aos indivíduos, com ações de prevenção de doenças e a recuperação da saúde dos mesmos. A segunda diz respeito à saúde em si, de cada um e todos os indivíduos de uma sociedade na apreensão do seu grau de

rigidez possível, o que significa compreender como e quanto as relações de produção e a organização do tecido social em uma formação social concreta contribuem para o usufruto da riqueza nacional (ou mobilização pela nação) em benefício da qualidade e da extensão da vida de todos e de cada um dos seus integrantes.

Desta forma percebe-se que a relação entre o Estado e a sociedade civil vai passando por mudanças durante a década de 1980. O Estado passa a reconhecer os movimentos sociais, e responder a algumas demandas, e estes por sua vez, negociam com o Estado através da política pública.

Em março de 1986, o quadro político do movimento da Reforma Sanitária resultou na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, com grande mobilização nacional, com a participação de aproximadamente 5 mil pessoas, que serviu de base para o SUS e foi considerado o maior evento de saúde no Brasil.

Em 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) por decreto do Presidente Sarney, que contava com a participação das Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (Cims), porém foi de maneira restrita, devido não ser uma conquista bem como pela fragilidade do movimento popular (CORREIA, 2005).

Segundo Bravo (2001b) o processo constituinte e a promulgação da Constituição Federal de 1988 representaram a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais frente à crise e às demandas de enfrentamento dos índices de desigualdade social, buscando corrigir as injustiças sociais.

A Assembleia Constituinte se transformou em uma arena política, em que os interesses se organizavam em dois blocos: os grupos empresariais e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária. Após vários acordos políticos e pressão popular, o texto constitucional atende em sua maioria as reivindicações do movimento sanitário, prejudicando assim os interesses empresariais do setor hospitalar, mas com relação à indústria farmacêutica não há modificação.

Bravo (2000) ainda aponta a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 como um marco fundamental para a discussão da questão da saúde no Brasil, propondo o SUS e a Reforma Sanitária. Os temas centrais foram: a Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial. Assim os debates saíram dos seus fóruns específicos e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população.

Com base nas pesquisas da autora (2006), o relatório desta Conferência, foi base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal, neste sentido, no que diz respeito ao modelo de proteção social, a Constituição de 1988 é a mais progressista, sendo que a Saúde, a Assistência Social e a Previdência Social, integram a Seguridade Social.

Sendo assim, as lutas do Movimento Sanitário culminaram no reconhecimento por parte da Constituição no entendimento de “saúde como direito de todos e dever do Estado”, 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 serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, apud KRÜGER, 2005, p. 70).

Com a Constituição Federal de 1988, o país passa a contar com preceitos constitucionais, que consagraram a opção por um Estado de Bem Estar Social, ou seja, um Estado do tipo Social Democrata, assim, a assistência à saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, com princípios de universalidade, integralidade e equidade. Com relação ao texto constitucional, na área da saúde, Teixeira (1989, apud, BRAVO 2001a, p. 26), aponta os principais avanços aprovados na Constituição:

- 1) O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não-segurado, rural/urbano; 2) as ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; 3) 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; 4) a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos; 5) proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Assim, após lutas e reivindicações da sociedade brasileira, e com a realização da VIII Conferência Nacional da Saúde, conformou-se o projeto da Reforma Sanitária, com a criação de um sistema único de saúde e seus princípios e diretrizes básicas.

Até a criação do SUS, o Ministério da Saúde, apoiado por Estados e Municípios, desenvolveu basicamente ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, merecendo destaque as campanhas de vacinação e controle de endemias. A atuação na área de assistência à saúde ocorreu por meio de alguns poucos hospitais especializados, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública – FSESP em regiões específicas do país.

Naquele período, tal ação era prestada à parcela da população definida como “indigente” por alguns Municípios e Estados e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico. A população não tinha direito e a assistência que recebia era prestada na condição de caridade.

A assistência à saúde mantinha estreita vinculação com as atividades previdenciárias e o caráter contributivo do sistema existente gerava uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos (além da pequena parcela da população que podia pagar os serviços de saúde por sua própria conta): previdenciários e não previdenciários.

Essa divisão separava a população brasileira. Alguns, representados por contribuintes da previdência, tinham um acesso mais amplo à assistência à saúde dispondo de uma rede de serviços e de prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares providos pela previdência social por meio do INAMPS; outros, o restante da população brasileira, com acesso bastante limitado à assistência à saúde.

Com a crise de financiamento da Previdência a partir de meados da década de 1970, o INAMPS adota várias providências para racionalizar suas despesas e começa, na década de 1980, a “comprar” serviços do setor público (redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), inicialmente através de convênios. A assistência à saúde prestada pela rede pública, mesmo com o financiamento do INAMPS apenas para os seus beneficiários, preservava o seu caráter de universalidade da clientela. Contudo, tal período é marcado pela rearticulação das forças políticas nacionais além de discussão e mobilização popular pela democratização da saúde e do próprio regime político do país.

De fato, a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em 1979, foi de grande importância na luta pela democratização da saúde e da sociedade brasileira.

A luta pelo fim da ditadura militar levou a área da saúde a organizar os simpósios de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados. Nesse período de reorganização da sociedade civil, forças políticas ligadas à saúde pública passaram a discutir questões ligadas à redemocratização do país e ao acesso aos serviços de saúde junto ao Legislativo. Instaurou-se uma crise ideológica acerca do modelo de saúde a ser adotado, que colocou em confronto privatistas e publicistas.

Sendo assim, o INAMPS adota uma série de medidas que o aproximam ainda mais de uma cobertura universal de clientela, dentre as quais se destaca o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Esse processo culminou com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de

Saúde – SUDS, implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os Governos Estaduais. Assim, começam a ser implementadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), cujas principais diretrizes eram a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a participação comunitária.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) foi um marco do processo de formulação de um novo modelo de saúde pública universal, visando romper com a cisão estrutural entre saúde pública e medicina curativa individual, e com a intensa privatização que então caracterizava o sistema de saúde brasileiro. Reunindo um amplo espectro de alianças, contou com a participação de milhares de representantes de diversas entidades da sociedade civil, profissionais de saúde, usuários do sistema e prestadores de serviços de saúde públicos.

Os prestadores de serviços privados foram os grandes ausentes nos debates travados nessa Conferência, considerada como o maior evento de discussão dos problemas enfrentados pela saúde pública brasileira. Apesar dos interesses e preocupações muitas vezes conflitantes, as forças progressistas aprovaram o princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, a ser implementado com a unificação, a democratização e a descentralização do sistema de saúde, depois inscrita na Constituição Federal de 1988; ampliaram e politizaram o conceito de saúde, compreendido como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso aos serviços de saúde; e aprovaram propostas relativas às bases financeiras do sistema, incorporadas posteriormente ao texto constitucional e um dos principais problemas que o SUS enfrentaria nas décadas de 1990 e 2000.

A partir da VIII CNS, a saúde passou a ser considerada antes de tudo como resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, devendo ser entendida no contexto histórico de cada sociedade no seu estágio de desenvolvimento.

Sendo assim, em síntese, a formatação do SUS no seu aspecto legal parte de uma concepção abrangente de saúde, não sendo somente ausência de doença, e do papel do Estado na prestação desse serviço, influenciado pelo projeto da reforma sanitária. Destacam-se os seus princípios, segundo Matos (2003, p. 98):

- Universalidade: A defesa de que toda pessoa, independente de contribuição financeira ou não, tem direito aos serviços públicos de saúde.
- Descentralização: A compreensão de que a política pública de saúde deve se dar de maneira descentralizada, privilegiando o planejamento da esfera local. Sem com isso desobrigar os estados e o governo federal.

- Hierarquização: Que os serviços de saúde sejam estruturados de maneira que haja uma ordenação da prestação de acordo com as demandas apresentadas.
- Integralidade: A compreensão de que o atendimento deve entender o homem enquanto uma totalidade, bem como a articulação entre os saberes envolvidos nesse processo, notadamente na articulação entre a assistência preventiva e a curativa.
- Regionalização: Buscar uma articulação entre a rede de serviços de uma determinada região, por compreender que a situação de saúde de uma população está ligada diretamente às suas condições de vida, bem como articular a rede de serviços de saúde existentes.
- Participação Popular: A defesa da participação da sociedade civil na elaboração, fiscalização e implementação da política pública de saúde, portanto o exercício de controle social.

A questão social no Brasil se configura um novo perfil a partir de 1990, com uma grande vulnerabilização do trabalho, restrições de gastos públicos e uma perspectiva privatizadora. Na contramão dessa ordem econômica, temos a implantação do SUS, a legitimidade das Leis Orgânicas da Saúde, n. 8.080 e 8.142, das Normas Operacionais Básicas, dentre outros dispositivos de materialização da saúde pública e de seus princípios constitucionais. Além disso, ressaltamos os avanços, embora em meio a diversos desafios, da Política de Assistência Social com a implementação da Lei Orgânica de 1993, n. 8172, e com a criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Na década de 1990, há um retrocesso no processo de construção de um projeto de Proteção Social para o Brasil, inscrito na Constituição de 1988, com profundas mudanças econômicas, sociais e institucionais, com reformas estruturais, conduzidas pelas políticas de ajuste, que foram implementadas em todos os países da América Latina, com consequências sociais e econômicas significativas, através de um desmonte do Estado brasileiro, em uma desresponsabilização do governo federal de suas atribuições com o social. As políticas sociais perderam sua dimensão integradora, caindo em uma visão focalista e comunitária, na qual as pessoas são responsáveis pela sua saúde, em um abandono do Estado.

Com relação ao SUS, é constatado que os preceitos constitucionais não são cumpridos e não há fiscalização nas ações em saúde por parte do Governo Federal, ou seja, algumas questões têm sido desrespeitadas, o que não tem contribuído para o avanço do SUS em detrimento da qualidade de vida da população, bem como de seus direitos.

Em 1994 acelera-se o desmonte do Estado, pois foi um período de forte implementação do projeto neoliberal no Brasil com o ataque ao SUS pelo governo.

Propugnam, pois, um Estado de beneficência pública ou Assistencialista e não de Benfeitor. Isto implica que o neoliberalismo rechaça o conceito dos direitos sociais e a obrigação da sociedade de garanti-los através da ação estatal; está terminantemente contra a universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços (COELHO, 2003, p.1)

Assim a proposta de Reforma do Estado no setor da saúde, visa separar o SUS em dois: hospitalar e básico. Prosseguindo com as ideias da autora, isto proporciona a tensão de dois projetos societários, o projeto da reforma sanitária, construído na década de 1980 e o projeto privatista, articulado ao mercado, que se torna hegemônico na década de 1990.

No âmbito do Serviço Social é importante assinalarmos como marcos conceituais e normativos contemporâneos a emergência do Código de Ética de 1986, a sua revisão posterior, que resultou no Código de 1993; a aprovação da Lei de Regulamentação da Profissão de 1993 e as novas Diretrizes Curriculares de 1996. Ademais, é importante situarmos que o assistente social vem produzindo e contribuindo significativamente com os debates acerca da precarização no mercado de trabalho, dos processos de terceirização, dos movimentos sociais, das políticas sociais e sobre o trabalho coletivo na execução e gestão dessas políticas.

O profissional de Serviço Social deve ser ativo, apresentando projetos e propostas que venham visar o bem-estar social, e não ser apenas um mero executor acrítico de serviços públicos.

Situando o contexto adverso de contrarreformas do Estado, que repercutem sobre a atuação dos Assistentes Sociais e sobre a defesa do seu projeto profissional, Faleiros esclarece o conceito de políticas sociais:

As políticas sociais não são instrumentos de um bem-estar abstrato, não são medidas boas em si mesmas, como soem apresentá-las os representantes das classes dominantes e os tecnocratas estatais. Não são, também, medidas más em si mesmas, como alguns apologistas de esquerda soem em dizer, afirmando que as políticas sociais são instrumentos de manipulação, e de pura escamoteação da realidade da exploração da classe operária (FALEIROS, 1987, p. 55).

Sendo assim é possível observar que para conquistar uma prática profissional adequada, na conjuntura acima, o profissional deve romper com atividades burocráticas, não se limitando apenas ao cumprimento de tarefas estabelecidas pelo governo ou gestores. É preciso ir além, em defesa da classe trabalhadora, mediando as exigências propostas em relação à realidade existente em cada contexto apresentado.

Num ordenamento social com regras democráticas, uma profissão é sempre um campo de lutas, em que os diferentes segmentos da categoria, expressando a diferenciação ídeo-política existente na sociedade, procuram elaborar uma direção social estratégica para a sua profissão (NETTO, 1996, p.116).

O Projeto Ético-Político do Serviço Social, na segunda metade dos anos 1990, foi um projeto que assumiu como seu valor ético central a liberdade, posicionando-se a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e a consolidação da cidadania são explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras (NETTO, 2009, p.16).

O Projeto corresponde também à instrumentalidade profissional em seu aparato teórico-intelectual, técnico-operativo e ético-político, notadamente importante para a garantia de reprodução do mesmo no cotidiano de atuação dos assistentes sociais. Enfim, o projeto assinala claramente que o desempenho ético-político dos assistentes sociais só se potencializará se o corpo profissional articular-se com os segmentos de outras categorias profissionais que compartilham de propostas similares e, notadamente, com os movimentos que se solidarizam com a luta geral dos trabalhadores.

Ressaltamos a partir do exposto acima que o Serviço Social dos anos 1990 tem sua maturidade fundamentada na teoria social crítica. Na saúde, esse profissional busca, como assinala Bravo (2009), realizar sua intervenção compreendendo os aspectos sociais, culturais e econômicos “que interferem no processo saúde-doença”.

O Serviço Social desde esse momento vem rompendo com a visão singular e conservadora que se desenvolveu a respeito do objeto de intervenção da profissão, compreendendo-o em inter-relação com os movimentos das classes sociais e no que corresponde ao papel do Estado em meio aos conflitos capital *versus* trabalho.

É importante situarmos que o assistente social vem produzindo e contribuindo significativamente para com os debates acerca da precarização no mercado de trabalho, dos processos de terceirização, dos movimentos sociais, das políticas sociais e sobre o trabalho coletivo na execução e gestão dessas políticas. Partindo deste ponto, novas temáticas são demandadas à categoria, tais como:

[...] o desemprego, o trabalho precário, os sem terra, o trabalho infantil, a moradia nas ruas ou sem condições de insalubridade, a violência doméstica, as discriminações por questões de gênero e etnia, as drogas, a expansão da

AIDS, as crianças e adolescentes de rua, os doentes mentais, os indivíduos com deficiências, o envelhecimento sem recursos, e outras tantas questões e temáticas relacionadas à pobreza, à subalternidade e à exclusão com suas múltiplas faces (YASBEK, 2004, p.16).

A liberdade abordada é concebida de forma histórica e vincula-se à defesa de um novo projeto societário, que sugere a “construção de uma nova ordem social”, sem exploração e em favor dos direitos sociais e humanos, o que aproxima a categoria dos assistentes sociais de valores emancipatórios ou de valores humano-genéricos (NETTO, 2009, p.15).

Nas décadas seguintes, o Brasil assume veementemente o projeto neoliberal, alargando as diferenças de renda, agravando os índices de desemprego e minimizando-se no exercício das políticas sociais, resultando em mudanças que agravam a chamada questão social, ou seja, agravo decorrente da desresponsabilização do Estado e da flexibilização e precarização do mercado de trabalho.

Sendo assim, compreendemos que a velha questão social da relação de apropriação da renda, recebeu uma nova roupagem e intensifica a desigualdade social. Cada vez mais o setor econômico tem prioridade diante do setor social e com isso as relações sociais estão sendo fortemente fragilizadas, repercutindo sobre o fortalecimento da individualidade e da competitividade. O Estado passa a sua responsabilidade para a sociedade civil, fortalecendo o terceiro setor e a lucratividade das empresas privadas.

Portanto, “[...] ao profissional é exigida uma bagagem teórico-metodológica que lhe permita elaborar uma interpretação crítica do seu contexto de trabalho” (IAMAMOTO, 1998, p.80). Diante dessa conjuntura, o profissional de Serviço Social, atua:

por meio da prestação de serviços sócio-assistenciais nas organizações públicas privadas, interferem nas relações sociais cotidianas no atendimento às mais variadas expressões da ‘questão social’ vividas pelos indivíduos sociais no trabalho, na família, na luta pela moradia e pela terra, na saúde, na assistência social pública etc. (IAMAMOTO, 2008, p.177).

Contudo, o trabalho do Assistente Social é rico na intervenção ideológica, no caráter sócio-educativo, na criticidade e não se esgota nos campos que favorecem o atendimento às necessidades básicas. Então, no espaço sócio-ocupacional, são destacadas muitas formas de romper com naturezas discriminativas e injustiças sociais.

Desta forma, no panorama atual, o Serviço Social no âmbito da saúde, considera a operacionalização do trabalho e a efetivação do projeto ético-político profissional, sendo assim o Assistente social desenvolve seus processos de trabalho mediando o acesso e a garantia das condições necessárias ao alcance da saúde tanto individual quanto coletiva, bem

como, aos bens e serviços indispensáveis para a sua materialização e dos demais direitos sociais. A saúde emerge como direito universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, com responsabilidade atribuída ao Estado e devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.

Portanto, o assistente social dispõe de atribuições específicas na área da saúde, o que constitui um instrumento importante na construção de estratégias para o exercício profissional e na busca de alternativas visando ao atendimento das necessidades sociais apresentadas pelos usuários nos serviços de saúde. Tais atribuições ressaltam a perspectiva multidisciplinar para a atenção integral, juntamente com ações intersetoriais e comunitárias que se aproximem do cotidiano da população e ampliem o conhecimento da realidade local e regional. O incremento de estratégias programadas em equipe possibilita a compreensão da saúde pela sociedade como direito e questão de cidadania, e fortalece o paradigma que considera a saúde um elemento central da organização e desenvolvimento social, econômico e político do país.

3. HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL: DA CRIAÇÃO AOS DIAS ATUAIS

Na década de 1940, o aracoiabense, então, Padre Raimundo de Castro e Silva, posterior Bispo Dom Raimundo, é nomeado Padre de Maranguape, onde permaneceu até o início de 1950.

Foi em Maranguape que Dom Raimundo conheceu o então Prefeito Dr. Almir Pinto e observando suas qualidades de cidadão honesto, trabalhador, empreendedor e político íntegro, convidou-o a conhecer sua família em Aracoiaba, onde o Sr. Aristides de Castro, irmão de Dom Raimundo era o líder político da cidade e pertencia ao mesmo partido de Dr. Almir, o PSD. Assim, o Dr. Almir se integra na cidade de Aracoiaba e sendo eleito Deputado Estadual, passa a ser o representante maior do município na Assembleia Legislativa.

Até 1950, segundo dados estatísticos fornecidos pelo IBGE, não existia em Aracoiaba nenhum Posto de Saúde e Higiene, Estadual ou Federal. Portanto, segundo informações fornecidas através das memórias de antigos professores de Aracoiaba, Dr. Salomão, Maristela Oliveira, Pedrina e Eugênia; e de Adélia, esposa de Dr. Geraldo Pinto, em Aracoiaba existia apenas a Farmácia Santa Helena, de propriedade do Sr. Raimundo de Castro, irmão de Dom Raimundo, que durante alguns anos ficou sob os cuidados da farmacêutica Hilda Costa Correia.

Foi na referida farmácia que Dr. Geraldo Pinto, recém-formado, primeiro médico a trabalhar em Aracoiaba, como também sua primeira experiência na área de saúde, deparou-se com uma senhora que estava para dar à luz a seu primeiro filho. Naquele momento, o ambiente mais adequado para a execução daquele parto, o primeiro administrado por um médico em Aracoiaba, no caso Dr. Geraldo, foi na dita Farmácia Santa Helena.

No museu de Aracoiaba, existe uma grande tesoura, que segundo contam os mais antigos, era usada para essas emergências de parto ou outro, com a possibilidade de ter sido essa, a utilizada por Dr. Geraldo naquela ocasião. A tesoura é propriedade da família Castro e Silva e lá está sob a responsabilidade da Sra. Eugênia Maria de Castro e Silva Moura, neta do Sr. Raimundinho, o dono da farmácia.

Com essa dramática situação, Dr. Geraldo desperta para a criação de uma unidade de saúde, onde pudesse exercer de forma digna sua profissão de médico. Com isso, ele

desencadeou uma forte campanha para a construção de uma maternidade e um hospital em Aracoiaba, pois a Prefeitura não dispunha de verba suficiente para tal naquela época.

Unindo-se à boa vontade dos aracoiabenses, iniciaram-se os movimentos sociais, capazes de arrecadar dinheiro, com o objetivo da construção de pelo menos uma unidade de saúde na cidade.

A Praça Sete de Setembro, atual Milton Belo, foi então palco de quermesses, movimentos sociais compostos de manifestações e quitutes típicos da região, com barraca de sorteio, jogos com prêmios, bebidas e comidas caipiras. Milho verde cozido, espetinhos assados, bolinhos, tapiocas, bailes no prédio da Prefeitura e os famosos partidos: “Azul” e “Encarnado” para disputas de rainhas, assim como rifas, leilões e outros.

Uma das Rainhas do “Partido Azul” que ganhou naquela ocasião foi a então adolescente Eugênia Maria de Castro e Silva, tendo se aprontado para o desfile logo após o resultado da apuração dos votos, na residência da Sra. Naíde Bezerra, que morava naquela praça. Também havia uma disputa para Rainha e Princesa do Algodão, quando foram eleitas respectivamente Terezinha Guedes e Luiza Bernardino.

Inicialmente, o Sr. Edgar Falcão cedeu uma pequena área de terra que posteriormente foi ampliada por meio de compra pela própria Prefeitura. Com o dinheiro arrecadado nas quermesses e em todos os movimentos sociais, seria começada a construção dos alicerces para a edificação do tão sonhado hospital e maternidade de Aracoiaba.

O terreno onde foi implantado e se expandiu o Hospital e Maternidade de Aracoiaba era de propriedade da família Falcão de Castro que tinha como representante o Sr. Edgar Falcão, irmão de Dona Mariinha. O plano seria construir um imóvel composto de duas salas e um alpendre.

Ao lançamento da pedra fundamental do Hospital no último ano da administração de Aristides de Castro e Silva (1950), estiveram presentes o então prefeito Dr. Almir e seu irmão Dr. Geraldo Pinto, o Sr. Castrinho, a professora Gecilda Alves de Moura, a Banda de Música do município e demais participantes da sociedade local.

Com o lançamento da pedra fundamental criou-se expectativa na população, pois naquele momento selou-se um compromisso de que a primeira criança que nascesse naquela Unidade de Saúde, deveria ser batizada também com o nome de Isabel.

Os alicerces foram iniciados já na administração do Prefeito Raimundo de Freitas (1951/1954). Por um longo período a edificação se arrastou, mesmo com a intervenção do representante de Aracoiaba na Assembleia Legislativa estadual, Dr. Almir dos Santos Pinto e os esforços de seu irmão, o primeiro médico de Aracoiaba Dr. Geraldo Pinto.

O tempo passou e o sonho se prolongava por anos afora. Os poderes legislativo e executivo municipais se esforçavam, mas as verbas eram muito escassas. Nas administrações dos prefeitos subsequentes: Solon Lima Verde (1955/1958) e José Nobre Gadelha (1959/1962), aquela velha construção parecia não ter fim.

Então, no período do Prefeito Raimundo Airton de Castro, já contando com a gestão do então Governador Virgílio Távora e a participação do Deputado Dr. Almir dos Santos Pinto, agora Secretário de Saúde, que o tão sonhado hospital foi concluído e inaugurado.

Os representantes políticos da cidade, liderados pela família Castro e Silva em comum acordo com a sociedade da época, acharam por bem, homenagear, dando nome ao Hospital e Maternidade de Aracoiaba, de Santa Isabel.

Era a Santa venerada pela Igreja Católica e cultuada na cidade, mais precisamente na localidade conhecida como Muamba e por ser Isabel, a coincidência entre o nome da considerada benfeitora de Aracoiaba Princesa Isabel, como também da mãe dos irmãos Almir e Geraldo Pinto, Sra. Isabel Santos Pinto.

A homenagem foi em caráter de gratidão, por ter sido desses, a iniciativa e grande parte dos esforços na edificação daquela casa de saúde no município, daí o nome da Santa Isabel.

Com a inauguração em 31 de março de 1966, ficou a cargo da Professora Maristela Oliveira Lopes proferir as primeiras palavras destinadas ao Exmo. Sr. Governador Virgílio Távora. Segue adiante alguns trechos do discurso.

[...] Assim ele visava conseguir meios financeiros para custear os fundamentos de um hospital e maternidade que pudesse ser o sustentáculo sanitário ao grande e próspero Município.[...] Retemperando a nossa fé e fortalecimento à nossa esperança, novamente vislumbramos um povir mais venturoso. As coordenadas foram traçadas; os dois amigos se entenderam e não negaram à nossa gente a certeza de ver concretizada a velha e nobre aspiração. Foram acelerados os trabalhos e não lhe faltaram recursos prodígios para sua concretização. Mudou-se repentinamente o panorama das velhas ruínas do prefalado edifício! Foi um curto lapso de tempo! Hoje, Excelência, o espetáculo a que assistimos coroa esta obra de tanta relevância para a saúde e, conseqüentemente para a vida de nosso povo.

No ano de 1966, internavam-se então na Maternidade Santa Isabel, três parturientes que aguardavam o nascimento de seus filhos, dentre elas a Sra. Maria José, esposa do então componente da banda de música de Aracoiaba, Raimundo de Brito, mais conhecido como Bigode. A expectativa era grande e para isso estava sendo preparada uma festa com flores e presentes reservados à criança primogênita daquela Maternidade.

De acordo com os relatos do Sr. Raimundo Gomes de Brito (Bigode), pai de Isabel e confirmada por quem participou do grande evento da época, aos 28 dias do mês de agosto de 1966. Nascera assim a aracoiabense que recebera o nome na pia batismal de Isabel Diana, atualmente, funcionária pública municipal de Aracoiaba, viúva, mãe de três filhos e quatro netos.

No decorrer dos anos, o Hospital e Maternidade Santa Isabel se expandiu de tal forma que hoje é um hospital regional, com atendimento de qualidade a todo o maciço de Baturité, tendo sido reformado e ampliado nas administrações subsequentes, especialmente nas administrações dos ex-prefeitos Dr. Francisco Ary Ribeiro Teixeira e Dra. Marilene Campelo Nogueira.

A ampliação da emergência teve como objetivo principal aumentar a humanização do atendimento e o conforto para seus pacientes. Com mais espaço e uma estrutura adequada, a emergência do Hospital e Maternidade Santa Isabel se tornou mais um modelo de qualidade no serviço de saúde do Município de Aracoiaba.

Depois da última reforma o referido hospital obtém mais capacidade e melhores condições de atendimento, acolhe e assiste além da população de Aracoiaba, moradores de toda a 4ª Célula Regional de Saúde (CERES) da microrregião de saúde, que inclui os municípios de Aratuba, Baturité, Capistrano, Guaramiranga, Itapiúna, Mulungu e Pacoti. Torna-se hospital-polo nas áreas de ortopedia-traumatologia e cirurgia geral.

Reconhecendo a resolutividade do Hospital e Maternidade Santa Isabel, o Governo do Estado do Ceará, concedeu novos equipamentos para ampliar o serviço de cirurgias e apoio a diagnósticos, sendo estes: 1 aparelho para ultrassom, 1 endoscópico, 1 aparelho de ECG, 2 máquinas de raio-x, 1 autoclave, 2 monitores cardíacos, 2 oxímetros de pulso, 2 camas de recuperação, 2 aparelhos de anestesia, 1 processadora de raio-x e um gerador.

Com relação à estrutura física, o hospital dispõe de 12 leitos para cirurgia geral, 15 leitos de ortopedia/traumatologia, 10 leitos de clínica geral, 6 leitos de pediatria

clínica/cirúrgica e além destes um laboratório de análises clínicas em anexo. No que diz respeito ao transporte de pacientes, a instituição conta com 2 ambulâncias e 4 carros pequenos.

O quadro de funcionários é composto por servidores públicos municipais, concursados e contratados, nos seguintes cargos e funções: 1 diretor geral, 1 diretor clínico, 7 clínicos gerais, 3 traumatologistas, 4 cirurgiões gerais, 1 ultrassonografista, 1 endoscopista, 13 enfermeiros, 7 radiologistas, 4 assistentes sociais, 5 maqueiros, 66 técnicos de enfermagem, 5 vigias, 16 auxiliares de serviços gerais, 1 nutricionista, 10 cozinheiras, 37 auxiliares administrativos, 1 auditor, 11 motoristas e 2 fisioterapeutas.

A missão da referida instituição é prestar assistência hospitalar e ambulatorial de média complexidade nos serviços de urgência e emergência nas áreas de cirurgia geral, traumatologia e clínica médica, de forma integral, humanizada e ética na excelência da assistência à saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população.

Os valores da instituição são: (i) Excelência - prestação de serviços com eficiência, resolutividade, economicidade, efetividade e qualidade; (ii) Humanização - humanização no atendimento ao usuário, nos processos e nas relações de trabalho; (iii) Ética - respeito a valores e princípios socialmente validados; (iv) Valorização do SUS - Incorporação de princípios e preceitos; (v) Profissionalização das atividades - incorporação nos processos de trabalho das melhores práticas e a qualificação; (vi) Transparência - decisão colegiada e disponibilizada à sociedade geral; (vii) Cooperação - incorporação de parceiros na gestão e execução de serviços de saúde; (viii) Valorização dos recursos regionais disponíveis - pessoas, empresas e serviços.

De acordo com o IBGE (2017) juntos os oito municípios possuem cerca de 196.013 habitantes, sendo que de acordo com dados fornecidos pela instituição, no ano de 2016 foram atendidos aproximadamente 26.000 usuários do SUS (Anexo B). Já em 2017 a demanda sofreu um aumento significativo entre os meses de janeiro e agosto, atendendo neste período a aproximadamente 23.000 pacientes (Anexo C).

Atualmente, o Hospital Regional e Maternidade Santa Isabel, não conta com programas ou projetos específicos dentro da instituição no atendimento da população usuária. Como é um hospital referência em traumato-ortopedia, existe apenas uma continuação dos procedimentos realizados na área de fisioterapia no núcleo Núcleo de Atenção e Saúde da

Família (NASF) da atenção básica, para pacientes do município de Aracoiaba que necessitam de reabilitação.

Como funcionária pública municipal, lotada no Hospital e Maternidade Santa Isabel, também acadêmica em Serviço Social, percebo as mudanças que os anos trouxeram, tanto na parte física (prédio), como administrativa, assim como na parte humana da referida instituição.

Os avanços e a relevância do H.M.S.I. para o município de Aracoiaba e demais municípios da microrregião de Baturité, notoriamente são sentidos por todos, por ter passado de maternidade para um hospital secundário de médio porte no atendimento a urgências e emergências, que visa garantir a população mecanismos capazes de amenizar o sofrimento ocasionado pelos agravos das doenças causadas à população usuária.

O sonho de uma maternidade transformou-se em algo maior no campo do atendimento em cirurgia geral e traumatologia. Os serviços de atenção à gestante passam então a ser responsabilidade do Hospital Filantrópico José Pinto do Carmo, na cidade de Baturité, desativando assim a maternidade de Aracoiaba, no que foi a sua gênese. Aracoiaba passa a atender os 08 municípios citados anteriormente, que fazem parte da 4ª CERES da Microrregião de Baturité, nas especialidades supracitadas.

A população do município de Aracoiaba sente essa descaracterização da referida instituição, pois se não for de parto emergencial, não nasce mais uma criança em nossa cidade. O espaço antes destinado às parturientes, hoje recebe pacientes masculino e feminino, submetidos a cirurgia geral. A conjuntura atual nos remete a uma substituição também da nomenclatura do hospital, passando a denominação de Hospital Regional e Maternidade Santa Isabel.

Sofremos com a precarização e no SUS, nos recursos que são destinados à saúde, pelos governos Federal, Estadual e Municipal, resultado de disputas políticas. Nessa arena de conflitos entre esferas, o usuário torna-se refém dos limites impostos pelo sistema, na diminuição do atendimento, nos exames de alta e média complexidade, nos leitos de UTIs, internações e cirurgias de modo geral, dentre outros aspectos.

Enfim, fazendo um paralelo entre o que tínhamos e o que adquirimos ao longo dos anos, observamos o resultado da mobilização da população não só do município de Aracoiaba, como também a do maciço de Baturité, na busca da consolidação de uma política

pública em que a saúde é “direito de todos e dever do Estado”, Art. 196 da Constituição Federal de 1988. As transformações estruturais nas políticas sociais, na saúde em particular, só serão efetivadas por meio de um amplo movimento que questione a cultura política da crise gestada pelo grande capital e que lute pela ampliação da democracia.

3.1. O serviço social na instituição e o HMSI

De acordo com o histórico do Serviço Social no Hospital e Maternidade Santa Isabel, no período em que o mesmo era vinculado ao Estado, a Dra. Maristela Silvestre prestava serviço como Assistente Social, mas sem nenhum vínculo empregatício.

Com a implementação do concurso municipal e a municipalização do hospital, o mesmo passou a ter recursos compartilhados das esferas Federal, Estadual e Municipal. Com o concurso de 2001 na gestão do prefeito Dr. Ary Ribeiro Teixeira foi ofertado o cargo de Assistente Social para o Hospital e Maternidade Santa Isabel. Desta forma, o Serviço Social passa a atuar na instituição com a Assistente Social Sandra Pontes com carga horária de 40 horas semanais. Contava também com a contribuição da Assistente Social Maria da Paz Gadelha, cedida pela Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social na finalidade de ampliar a assistência prestada aos usuários.

A partir do ano de 2011, com a saída da Assistente Social Sandra Pontes, assumiu como Assistente Social Joana Costa com carga horária de 40 horas semanais, ficando os finais de semana sob a responsabilidade da Assistente Social Dra. Maristela Silvestre.

O objetivo do Serviço Social na instituição é prestar assistência social aos clientes externo e interno do hospital, em uma abordagem educativa respeitando os princípios técnicos e éticos da profissão.

O SUS apresenta muitos dos interesses conquistados pelo movimento sanitário. A garantia da saúde como direito social confirma esses interesses, respaldada, em debates internacionais de defesa de direitos humanos. Com a ampliação do conceito de saúde, esta passa a configurar-se como espaço de atenção multidimensional.

Dessa forma, o Assistente Social, como profissional inserido na divisão social e técnica do trabalho, inclui-se neste meio, implementando sua ação, tornando-se indispensável nas equipes de saúde.

A consolidação do trabalho do Assistente Social na saúde pressupõe um conhecimento vasto sobre políticas públicas, em particular a do SUS, e como elas são garantidas à população. Desse modo, é exigido do profissional um conjunto de saberes que envolvem as instâncias da saúde: de prevenção a tratamento, rede de atenção, estruturação do atendimento e, teoricamente, a trajetória de conquistas sociais brasileiras, entre elas a Reforma Sanitária e a Constituição de 1988.

É nesse contexto que se constroem as ações e as relações de trabalho e se concretizam as demandas postas para a intervenção do Assistente Social, buscando a defesa de um projeto profissional comprometido e na incessante defesa dos princípios estabelecidos no atual Código de Ética da profissão: liberdade, democracia, igualdade e equidade social. Apesar disso, ainda há uma visão da saúde como direito para alguns e não para todos.

É direito de todo cidadão brasileiro ter acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde, quebrando com uma desigualdade histórica, a qual classificava os brasileiros em cidadãos de primeira e segunda classe. Os de primeira classe eram os que integravam o mercado de trabalho, tendo acesso à medicina previdenciária. Os de segunda classe tinham suas necessidades de saúde atendidas unicamente através de um precário sistema constituído pelas Santas Casas de Misericórdia, pela boa vontade da classe médica e pelos raros serviços mantidos pelo Ministério e Secretarias Estaduais de Saúde. (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 5)

Diante destas situações é perceptível a necessidade imediata do trabalho interdisciplinar para a qualificação da atuação, tanto dos assistentes sociais, quanto dos demais profissionais. A interdisciplinaridade é um instrumento poderoso que permite intervir na realidade social, sobretudo porque diferentes campos do conhecimento se articulam, tendo o mesmo objetivo de investigação: fenômenos da realidade.

Então, o Assistente Social deve atuar visando sempre os interesses dos usuários, viabilizando o acesso às garantias dos direitos sociais, pois Barros e Sugihiro (2003, p. 8) afirmam que

O profissional que não for capaz de captar essa realidade como uma realidade que expressa a dimensão totalizante da vida social dos sujeitos e permanecer insensível ao seu sofrimento, está fadado a trabalhar com os fatos caóticos da realidade, sem qualquer possibilidade de intervir na reconstrução de vidas destruídas.

A humanização no atendimento vem se constituindo como desafio para o SUS. Em Aracoiaba, o Serviço Social do Hospital Santa Isabel assumiu como missão facilitar esse processo que envolve a gestão, os profissionais, pacientes e familiares, assim sendo, é preciso oferecer as condições para que os usuários da saúde sintam que estão recebendo um atendimento digno.

No ano de 2014, o Hospital e Maternidade Santa Isabel, passou a ser campo de estágio para estagiários do Serviço Social. A Assistente Social Joana Costa, acompanhou o campo do estágio durante a semana e foram desenvolvidos projetos como o acolhimento junto com estagiários sob a supervisão do Serviço Social, que era realizado na emergência, absorvendo a demanda dos usuários e realizando sala de espera.

Houve também a implementação dos grupos de acompanhantes, que eram realizados no período da manhã, com informações e orientações relacionadas aos direitos e deveres de acompanhantes e pacientes em temas relacionados a saúde e adjacentes, tais como: seguro DPVAT, doenças, benefícios do INSS, transferência de pacientes para outros hospitais, contatos telefônicos com familiares de pacientes, visitas aos leitos, mobilização de recursos (quando necessário) para agilizar a saída do paciente após alta hospitalar, acompanhamento do paciente cuja problemática social necessite de orientação e intervenção do Serviço Social, incentivo ao paciente para participar do seu tratamento de saúde, reflexão com a família sobre a importância de sua participação e apoio no tratamento de saúde do paciente, estímulo, implantação e execução de trabalho educativo com grupos de pacientes e/ou familiares.

No que diz respeito à estrutura física e ao material humano disponível, atualmente, o Serviço Social é composto por quatro assistentes sociais, com carga horária de 30 horas semanais. O Serviço Social dispõe de uma sala com ar condicionado, um computador, mesa, cadeira e armário para atendimento aos usuários.

No que se refere ao instrumental necessário à viabilização do atendimento e encaminhamento aos pacientes e usuários o mesmo dispõe de: termo de responsabilidade, encaminhamento, termo de alta a pedido, censo de pacientes, autorização para amputação, folha de evolução, guia de sepultamento de membros, declaração. Todos os instrumentais objetivam automatizar o serviço como garantia na resolutividade dos procedimentos realizados dentro da instituição.

Apesar de o Serviço Social funcionar a mais de uma década no Hospital e Maternidade Santa Isabel, a população usuária ainda não compreende o que de fato o Serviço Social

realiza, quais as competências, as atribuições e os meios para que possa intervir de maneira a dar respostas efetivas junto à população.

Quanto aos projetos desenvolvidos, estes são vistos de forma positiva pelos pacientes e acompanhantes na melhoria do atendimento prestado na instituição. O usuário sente-se acolhido, quando de forma humanizada é tratado, com respeito, dignidade no momento de fragilidade em que se encontra, servindo como processo na melhoria de sua saúde. Contudo, infelizmente, não há uma continuidade do trabalho devido a falta de interação e compreensão da equipe multiprofissional com o Serviço Social para que possa desenvolver com eficácia a melhoria do processo de intervenção proposto na instituição.

Portanto, o Serviço Social do HMSI ainda tem um longo caminho a percorrer para que a população possa de fato compreendê-lo, no que diz respeito ao conhecimento necessário na efetivação e divulgação sobre a importância da atuação do Assistente social em âmbito hospitalar.

4. OS DESAFIOS ENCONTRADOS PELO ASSISTENTE SOCIAL NO HMSI

4.1. Atribuições e competências dos assistentes sociais

De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), 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.

No que se refere aos direitos dos assistentes sociais, o artigo 2º do Código de Ética assegura:

a) garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código; b) livre exercício das atividades inerentes à profissão; c) participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais e na formulação e implementação de programas sociais; d) inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional; e) desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional; f) aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código; g) pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população; h) ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções; i) liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos. (CFESS, 2009).

Com relação aos deveres profissionais, o artigo 3º do Código de Ética estabelece que: (i) o assistente social deve desempenhar suas atividades profissionais zelando pela eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor; (ii) utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão; (iii) evitar práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, vindo a denunciar sua ocorrência aos órgãos competentes.

Assim, o perfil do assistente social para atuar nas diferentes políticas sociais deve afastar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente.

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais. A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos.

A Lei de Regulamentação da Profissão estabelece, no seu artigo 4º, como competências do assistente social:

- elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;
- planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta, indireta, empresas privadas e outras entidades;
- prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- planejamento, organização e administração de serviços sociais e de Unidade de Serviço Social;
- realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto aos órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Temos como atribuições privativas do Assistente Social de acordo com o artigo 5º da Lei de Regulamentação da Profissão:

- coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
- planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
- assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades em matéria de Serviço Social;
- realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- assumir, no magistério de Serviço Social, tanto a nível de graduação quanto pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
- treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
- dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;
- dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;
- elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos e outras formas de seleção para assistentes sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;
- coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;
- fiscalizar o exercício profissional por meio dos Conselhos Federal e Regionais;
- dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
- ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional. O Código de Ética Profissional (1993) também apresenta ferramentas fundamentais para a atuação profissional no cotidiano, ao colocar como princípios:
 - reconhecimento da liberdade como valor ético central;
 - defesa intransigente dos direitos humanos;
 - ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;
 - defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização política e da riqueza socialmente produzida;
 - posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
 - empenho na eliminação de todas as formas de preconceito;
 - garantia do pluralismo, por meio do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
 - opção por um projeto vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero;
 - articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores;
 - compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
 - exercício do Serviço Social sem discriminação. Esses instrumentos legais são fundamentais para a delimitação das atribuições e competências dos assistentes sociais na saúde.

Desta forma, os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

O atendimento direto aos usuários acontece 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 e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira a partir das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada, seja federal, estadual ou municipal.

É importante ressaltar ainda que, para a realização das ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo fundamental a investigação, considerada transversal ao trabalho profissional; o planejamento; a mobilização e a participação social dos usuários para a garantia do direito à saúde, bem como a assessoria para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a supervisão direta aos estudantes de Serviço Social.

4.2. 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. Logo,

é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais. [...] são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças. (IAMAMOTO, 2002, p.41).

Ao participar de trabalho em equipe na saúde, o assistente social dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde.

Em decorrência de sua formação, esses profissionais têm competências e habilidades distintas para desempenhar suas ações. Concorde-se com Yamamoto (2002) que o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional, mas, ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas. A atuação em equipe, portanto, vai requerer do assistente social a observância dos seus princípios ético-políticos, explicitados nos diversos documentos legais (Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão, ambos datados de 1993, e Diretrizes Curriculares da ABEPSS, datada de 1996).

A falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais pela equipe de saúde e seus empregadores, têm historicamente requisitado a eles diversas ações que não lhe são atribuídas:

- marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes;
- solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- pesagem e medição de crianças e gestantes;
- convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- comunicação de óbitos;
- emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social;
- montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio, medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órgãos, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes.

Estão sendo aqui consideradas como não atribuições dos assistentes sociais aquelas ações que possuem um caráter eminentemente técnico-administrativo, como também aquelas que demandam uma formação técnica específica (de outras profissões da saúde) não contemplada na formação profissional dos assistentes sociais.

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. Entretanto, essas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho.

O profissional de Serviço Social pode ser um interlocutor entre os usuários e a equipe de saúde com relação aos determinantes sociais, visto que o respeito pela diversidade é um princípio que deve fundamentar tanto a sua formação como o seu trabalho profissional.

No âmbito da saúde, é fundamental considerar a dimensão da diversidade como mediação necessária para o entendimento da individualidade humana. Os indivíduos em sua diversidade expressam diferenças quanto às relações de gênero, étnico-racial, de orientação sexual e identidade de gênero, entre outras questões que revelam a singularidade, o modo de constituir a individualidade em sua relação dinâmica e contraditória com a sociabilidade.

Enfim, não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusiva apenas de uma categoria profissional. Por outro lado, não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um conjunto de atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social. Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho, no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios, que questione as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais, já que estas maculam direitos e conquistas da população defendidos pelo projeto ético-político profissional.

4.3. Os desafios enfrentados pelo assistente social no HMSI

Para falarmos sobre os desafios e dificuldades encontradas na instituição é preciso lembrar as próprias dificuldades do surgimento da profissão do Serviço Social. Este surge como profissão com as damas de caridade. Dessa forma, a profissão está muito ligada ao assistencialismo, característica que até hoje não conseguimos desvincular.

Mais adiante, o Serviço Social vem como mediador, como estratégia do capitalismo, para poder mediar os conflitos da classe operária, aquela classe revolucionária, explorada etc. Então, o Serviço Social vem em defesa do proletariado e como também estratégia da classe burguesa para conter as reivindicações, as revoluções e as insatisfações dessa classe explorada pelo regime capitalista.

A partir daí começa a contradição. Como o serviço social vem mediar conflito e de que lado ele está? Está do lado do trabalhador ou da classe dos burgueses? Sabemos que o Serviço Social é muito mais que isso, é um projeto ético-político. Esses gargalos e cacos que a profissão sofreu são perceptíveis e sentidos até hoje, independente da área de atuação em que o assistente social está inserido.

De acordo com os postulados de Iamamoto (2008), a organização social capitalista é responsável por inúmeras armadilhas que requerem especial atenção no exercício cotidiano da profissão. Assim, cabe ao assistente social lidar com as contradições presentes no cotidiano.

Entre os diversos pontos positivos da função do assistente social, a nossa múltipla função, o sincretismo do Serviço Social, faz com que consigamos atuar em várias áreas, da saúde, da assistência, da habitação, da previdência, dentre outras, nos dando uma certa liberdade de escolha. Porém, mesmo assim o Assistente ainda vai sofrer no que diz respeito ao que de fato o Serviço Social faz nessas áreas e como funciona.

Para lidar com essa realidade o Serviço Social se encontra em um processo de construção e desconstrução, inserido em uma sociedade que se mantém em constante transformação.

Entrevistamos a equipe do Serviço Social do HMSI, composta por duas Assistentes Sociais, identificadas pelas letras “A” e “B”. Através destas entrevistas foram especificados os desafios enfrentados e as possibilidades para as mudanças necessárias, para o trabalho do assistente social na instituição.

No âmbito hospitalar, principalmente, é evidente a vulnerabilidade dos usuários de serviços específicos da saúde, posto que é uma área nas quais as emoções estão constantemente instáveis.

De acordo com a Assistente Social A: “O fato do Serviço Social ter várias áreas de atuação acaba abrindo espaço para um processo muito grande de dificuldade em relação ao reconhecimento profissional, conforme relato de uma profissional do HMSI ‘O Serviço Social faz tudo e não faz nada’. As pessoas não sabem identificar a real função do trabalho do Serviço Social, como atua e o que faz.”.

Com relação a equipe multiprofissional, na visão da Assistente Social B do Serviço Social da supracitada instituição: “ainda há muito o que se avançar na questão do entendimento da equipe em compreender o papel do Serviço Social em um hospital. Isso dificulta a execução da real finalidade do setor, que compreende, entre outras coisas, a garantia de acesso ao direito, com qualidade, com humanização, através de intervenções que articulam os demais membros da equipe.”.

Ainda de acordo com a Assistente Social B: “o objeto de intervenção do Serviço Social é a questão social. Por isso é um dos entraves enfrentados. Outro é a questão ética, até que ponto o assistente social pode intervir, para não entrar na área do outro profissional, isso tanto para o Serviço Social do hospital, como para as demais áreas de atuação. A

enfermagem, a medicina, por não conhecerem o trabalho e o objeto de intervenção, que é a questão social, desconhecem os limites éticos da profissão.”.

Segundo as Assistentes Sociais A e B: “o espaço físico também se mostra como uma barreira ao bom desenvolvimento do trabalho, isto porque o mesmo é limitado. O serviço social não dispõe de sala exclusiva que garanta o atendimento sigiloso que se faz necessário ao atendimento; a sala disponibilizada não é visível a todos os usuários do serviço, pois fica em uma parte do hospital que não é sinalizada adequadamente, de modo que muitas vezes os usuários não sabem se o setor existe. Não é disponibilizado no setor um telefone, isso vem dificultando e tornando o trabalho mais precário.”

A Assistente Social A destaca o fato da existência de um código de ética, que delimita o poder de atuação do assistente social, no qual vem especificado, o ambiente de trabalho, o sigilo profissional, dentre outros aspectos: “É uma luta de anos que o Serviço Social enfrenta, para poder atuar em um ambiente propício e assim resguardar a questão do usuário e do profissional.”.

É desse trabalho crítico e competente sob o ponto de vista ético-político que estamos falando, pois trata-se de um trabalho que é ético porque se movimenta no campo dos valores, porque parte do reconhecimento da condição humana dos sujeitos, e que é político porque aspira sempre à sua emancipação, abrangendo a relação saúde, doença, cuidados, a população atendida, seus familiares e a própria comunidade. (MARTINELLI, 2011, p. 2)

Outra questão apontada por ambas as assistentes reside no fato de que o Serviço Social não dispõe de transporte para acompanhamento às famílias. É necessário realizar trabalhos com grupos de usuários e tais ações são dificultadas pela falta de aparato adequado. Além disso, a própria precariedade da política pública à saúde que impera em todo o país e que está com recursos cada vez mais limitados, faz com que a oferta do serviço seja cada vez mais fragilizada. Enfim, falta estrutura e condições de trabalho dentro da instituição.

É preciso estar em consonância com as políticas públicas. Tais políticas são utilizadas como ferramentas para responder às demandas do usuário. Segundo a Assistente Social A: “no HMSI é muito difícil darmos essas respostas. As demandas de cadeiras de rodas, o que são feitas com as demandas da alimentação enteral e parenteral. Não dispomos de um Serviço Social junto a Secretaria de Saúde, para fazer essa ponte e desta forma fazer valer essas demandas hospitalares. Não podemos nos limitar apenas no hospital, este está dentro de uma

rede de atenção terciária, que responde em uma rede geral. Sabemos como é difícil em termos as demandas atendidas.”.

Em relação ao desvio de função, os profissionais que estão à frente da gestão, alocam os assistentes sociais em funções que não lhes competem, levando a descaracterização da profissão.

Com relação aos avanços, destaco a implementação do atendimento regular no fim de semana, pois até pouco tempo não era algo constante. Destaco ainda o esforço da equipe em compreender o papel do setor.

Como proposta, coloco a solução da questão estrutural, com uma sala exclusiva, com telefone para os contatos que o setor precisa realizar, a capacitação de todos os profissionais do hospital, inclusive do serviço social, sobre atendimento humanizado no SUS.

Também seria interessante o próprio setor, em articulação com a direção, construir uma espécie de manual ou cartilha de rotinas do serviço, onde ficaria explicitada a atribuição do setor, suas atividades, facilitando o entendimento do usuário do serviço e da própria equipe.

Fato que nos ronda ainda é o assistencialismo. As pessoas não sabem o que são direitos e desconhecem os mesmos. Dessa forma, ficam fora do acesso a esses, tornando-se presas fáceis para o assistencialismo, que está enraizado no âmbito da população interiorana. Este também ligado à questão política partidária. Apesar de tantas leis, a população ainda vive de caridade.

Destacamos como limites da prática profissional a forte presença da perspectiva conservadora que se manifesta na descrença da saúde enquanto política pública universal, na necessidade da construção de um saber específico e fragmentado. Além disso, muitas vezes a prática do Serviço Social somente é considerada no atendimento ao usuário em nível de assistência, sendo desprezado nos cargos de gestão, assessoria e planejamento.

Enfim, para uma prática profissional coerente a categoria deve levar em conta o conceito ampliado de saúde, não mais compreendida enquanto ausência de doença, mas sim enquanto fruto das relações sociais.

Dessa forma, o agir profissional deve superar as dificuldades encontradas e distanciar-se de práticas conservadoras e da fragmentação do conhecimento, pois o trabalho do assistente social contém aspectos sociais que determinam o processo saúde doença e exige o conhecimento técnico e uma visão ampliada e que trabalhe com o sujeito em sua totalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do (a) assistente social em âmbito hospitalar se torna indispensável por ser um profissional que prioriza a disponibilização de serviços e atendimentos humanizados e com qualidade. Neste momento em que o paciente se encontra com problemas de saúde, o que afeta o todo do ser humano, sendo necessária, e de suma importância a intervenção e o acompanhamento de um (a) assistente social, que tem como conduta básica de sua atuação, a atenção redobrada as situações e condições em que se encontram o ser humano.

Sendo assim de fato evidenciada a função do profissional de Serviço Social em hospitais e sua respectiva importância social inserido em um campo no qual suas ações e estratégias são direcionadas para um público que necessita de suas intervenções de forma imediata com reflexos a médio e longo prazo.

A elaboração deste trabalho teve como objetivos analisar os desafios enfrentados pela equipe do Serviço Social do HMSI. Durante a elaboração desse trabalho monográfico pude perceber o quanto ele poderá contribuir para que as mudanças aconteçam na referida instituição.

O assunto tornou-se pertinente, pois na implantação do Serviço Social do HMSI, eu trabalhava na Central de Regulação, que naquele período também estava sendo implantada pela Secretaria de Saúde do Estado (CE), em consonância com os municípios de hospitais polos a fim de possibilitar ao usuário consultas agendadas para especialidades de alta e média complexidade.

Por trabalhar diretamente como os (as) assistentes sociais, vivenciei as dificuldades enfrentadas na realização de seu trabalho e no enfrentamento das demandas, na construção de uma rotina que possibilitasse ao usuário a compreensão e percebesse a necessidade e a importância do Serviço Social dentro da equipe.

A presença desse profissional na instituição traria elementos essenciais à melhoria do atendimento, como estratégias no enfrentamento das demandas, possibilitando construir a partir do contexto vivenciado uma rotina que proporcione ao usuário condições favoráveis em seu processo saúde-doença.

Contudo, os usuários estavam acostumados com intervenções imediatistas, com envolvimento de políticos, que viessem intervir e facilitar o acesso aos serviços. Naquele momento o trabalho era realizado por uma assistente social que morava na cidade e teve sua formação acadêmica em uma época da profissão com características conservadoras, utilizando

a benevolência, a caridade e os favores, como meios para “conquistar” o usuário insatisfeito com o atendimento.

Com a inserção de outra assistente social na instituição por meio de concurso, essa realidade começou a gerar conflitos dentro do campo de trabalho, deixando o usuário sem compreender o trabalho, agora modificado por um profissional que não mais seguia as regras anteriormente citadas.

As pessoas não conseguiam entender e aceitar a maneira como eles (as) trabalhavam. Uma assistente social conservadora, utilizando a “caridade e os favores”, a outra embasada pelo Código de Ética Profissional e pela Lei de Regulamentação da profissão, acabavam gerando confrontos e transtornos.

Apesar dos anos e das mudanças das profissionais e o modo como funcionava, há marcas que perduram há anos, avançando apenas com ações pontuais, sem uma continuidade adequada e transformadora.

Modificar essa realidade não está sendo fácil para as profissionais que agora fazem parte do quadro de servidoras concursadas do hospital. A dificuldade na execução da real finalidade do setor do Serviço Social, por parte dos usuários e da própria equipe dentre outras coisas, torna o trabalho a ser executado um pouco frustrante e limitado.

É na defesa e na garantia do acesso ao direito do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS), que esses profissionais tentam consolidar o exercício de sua profissão. Buscando inserir atendimentos com qualidade, com humanização e respeito, em uma perspectiva de totalidade, que requer compromisso e princípios éticos para modificar tamanho desgaste do sistema imposto.

Além disso, a própria precariedade da política pública de saúde, que impera em todo o país, onde os recursos são cada vez mais limitados, faz com que a oferta do serviço seja cada vez mais prejudicada.

Sendo assim, o assistente social inserido em um campo de trabalho que necessita de ações e estratégias imediatas, para um público fragilizado em seu bem-estar físico e psíquico, requer soluções e embasamento teórico-metodológico na execução de suas atribuições, por vezes fragmentadas em seu cotidiano.

O Código de Ética do assistente social apresenta ferramentas que norteiam o trabalho deste, seja na saúde ou em outra instituição que estiver inserido. O profissional do Serviço Social do HMSI sente-se fragilizado e desmotivado por não dispor de condições para a viabilização dos direitos dos usuários.

Pensar e fazer parte dessa realidade em que o profissional não consegue prestar serviços com qualidade à população usuária do SUS, tendo que continuar utilizando-se de práticas rotineiras, acríticas e burocratizadas, levou-me a esse desafio como acadêmica de Serviço Social, pois acredito que as mudanças elencadas por elas podem acontecer se todos os envolvidos (gestores, profissionais de saúde, enfermeiras, médicos etc.) participarem e se dispuserem a romper com a mesmice implantada no cotidiano daqueles que fazem parte da equipe multiprofissional da instituição, visando apenas o bem comum e a efetivação dos direitos da população.

Verificamos, por meio deste estudo, que muitos são os desafios do Serviço Social, dentre eles, as questões que comprometem a possibilidade do avanço do SUS, como política social, o projeto da Reforma sanitária que está perdendo a disputa para o projeto voltado para o mercado, enfim, identificar a problemática e possibilitar a desburocratização aos serviços de saúde e estimular a participação cidadã, são ações presentes na concepção dos assistentes sociais, porém não conseguem transformá-las em prática concreta.

Constatamos que o exercício profissional está marcado por um intenso desafio, pois ao mesmo tempo que legitima a política de saúde como direito, vivencia as contradições operadas pela lógica neoliberal, que afeta diretamente o cotidiano do trabalho.

Diante do exposto, salienta-se que a pesquisa contribuirá para o aprofundamento da temática na área estudada e proporcionou aos sujeitos implicados no processo de investigação um olhar lançado para as dificuldades que perpassam o seu cotidiano profissional, possibilitando a junção de elementos com vistas a buscar a superação dos desafios do exercício profissional que são postos cotidianamente.

Com conhecimento necessário a partir do estudo realizado, proponho uma efetiva confecção e divulgação necessária de trabalhos científicos sobre a importância da atuação do assistente social em âmbito hospitalar.

Estas ações fazem-se necessárias, tanto para o crescimento teórico daqueles profissionais que também estão inseridos em hospitais, como para aqueles que simplesmente não ter acesso a este conhecimento indiretamente, alimentando e fortalecendo a importância da inserção deste profissional em âmbito hospitalar por meio da influência dos demais integrantes da sociedade, tendo uma clara e plena concepção da importância da função do assistente social em hospitais.

Tendo trabalhado com profissionalismo e conquistado ao longo dos anos credibilidade, responsabilidade e respeito, as informações necessárias para a construção desse trabalho foram facilitadas. As assistentes sociais se colocaram a inteira disposição para

colaborar com a pesquisa, fato que reafirmou seu profissionalismo, comprometimento e o quanto fazem a diferença na supracitada instituição. São merecedoras de todos os adjetivos que lhe são peculiares (qualificadas, mediadoras, executoras de ações, programas, projetos, defensoras dos direitos humanos e da justiça social). Trabalham com transparência, ética, idoneidade e detêm um conhecimento capaz de modificar a vida dos sujeitos.

Pode-se concluir que, apesar das dificuldades enfrentadas, o Serviço Social do HMSI, prioriza alcançar maior credibilidade à medida que sua intervenção se volte para a compreensão dos sujeitos não como seres isolados, mas articulados a fenômenos sociais. Busca uma autonomia para que o desenvolvimento dentro da instituição aconteça, como também o fortalecimento do sistema público de saúde na perspectiva do direito social.

REFERÊNCIAS

BARROCO. **Ética e Serviço Social: Fundamentos Ontológicos**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2008

BARROS, Mari Nilza Ferrari; SUGUIHIRO, Vera Lucia Tieko. A interdisciplinaridade como instrumento de inclusão social: desvelando realidades violentas. **Revista Virtual Textos e Contextos**, PUCRS, Porto Alegre, nº 2, 2003. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/textos/anteriores/ano2/interdisciplinaridade.pdf>. Acesso em: 20 out. de 2017

BRASIL. **Decreto Lei n. 35.311**, de 08 de abril de 1954. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 de abril de 1954.

BRAVO, M. I. Políticas brasileiras de Seguridade Social: Saúde. In. **Capacitação em Serviço Social e política social**. Módulo 3. Brasília: UNB-CEAD, 2000., p. 103-116.

_____; MATOS, M.C. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M.I.S. et al. **Saúde e Serviço Social**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2006a.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E; BRAVO, M.I. de S.; UCHÔA, R.; etal., (orgs). **Serviço Social e Saúde**. Formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, ABEPSS. Cortez, 2006b.

_____. A política de saúde no Brasil: trajetória e história. In. **Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ-DEPERXT-NAPE, 2001a. p.21-28.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: BRAVO, M. I. S et alli (Orgs). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Brasília, 1993.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de assistência social**. Brasília, 2009.

COELHO. C. C. **Acesso, Qualidade e Humanização na Assistência Farmacêutica com Controle Social**. 2003. Fpolis/UFSC/Mimeo.

CORREIA, M. V. C. **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Saber Profissional e Poder Institucional**. São Paulo: Cortez, 1987.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil – Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1986.

_____. **O Serviço Social na cena contemporânea.** Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, p. 15-50, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela et al. **Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade.** Atribuições privativas do (a) assistente social em questão, 2002.

KRÜGER, T. R. De que saúde se trata?. In: **Os fundamentos ideo-políticos das Conferências Nacionais de Saúde.** Recife: PGSS/UFPE, 2005, Tese de Doutorado, p. 69-72.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social – Identidade e Alienação.** São Paulo: Editora Cortez, 10ª edição, 2006.

_____. Serviço Social no contexto hospitalar. **Revista Serviço Social e Sociedade,** São Paulo, nº 107, p. 497-508, jul-set 2011.

MATOS, M. C. de. O Debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. In: **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez. N. 74, jul./2003, p. 84-117.

NETTO, Jose Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea. In: BRAVO, M. I. S et alli (Orgs). **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

VIEIRA, Balbina Otoni. As primeiras lutas... As primeiras organizações. In: **Revista Serviço Social e Sociedade,** ano IV, agosto de 1983, n. 12.

VITAL, Natália Silva. **Atuação do Serviço Social na Área de Saúde Mental Frente ao Neoliberalismo.** Trabalho de Conclusão de Curso da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

YAZBEK, M. C. **Os fundamentos do Serviço Social na contemporaneidade.** 2004.
Disponível em: www.pucsp.br/pos/.../yazbek_fundamentos.doc . Acesso 30 de setembro de 2017.

ANEXOS

ANEXO A

Sr. Governador:

É com imenso prazer que, neste momento, por indicação dos mais credenciados filhos deste valoroso município, desempenho o papel de intérprete dos reais sentimentos de todos os nossos conterrâneos.

Creio que melhor escolha poder-se-ia ter feito, não obstante, se assim o quiseram, assim o aceito eu, de muito boa vontade.

Senhor governador; Aracoiaba, até bem pouco tempo, era um município que se arrastava, morosa e lentamente, em busca de um progresso, aparentemente tão distante que até parecia jamais ser atingido.

Mercê de deus, e graças ao trabalho propício de nossos conterrâneos. Aos nossos homens de governo e aos mais nobres filhos e amigos desta terra, a Aracoiaba de hoje, nos apresenta um panorama bem diferente.

Todos os setores da atividade humana nota-se que perseguimos o progresso e dele já muito nos avizinhamos.

Para felicidade e sossego de nossa gente, o setor educacional vem sendo otimamente servido, desde a inauguração do Grupo Escolar Almir Pinto e, posteriormente, em 1958, a fundação e consequente inauguração em 1960, de um estabelecimento de Grau médio, hoje tão altamente conceituado, o Ginásio Virgílio Távora.

Estabelecimento padrão, fruto do denodo e da bravura do Dr. Salomão Alves de Moura Brasil, eleva bem alto, o nome de nossa terra.

Faltava o setor sanitário. Poucos passos se tinham dado neste sentido. Ora, Excelência, já se disse e com sobradas razões que as bases fundamentais do progresso de um povo repousam exatamente na educação e na saúde.

Felizmente, a mesma época em que despertávamos para a educação e a cultura, um pouco antes mesmo, um vulto dinâmico o jovem, o Dr. Geraldo Magela Pinto Nogueira.

Tendo a seu lado o apoio das autoridades locais e do povo em geral, a decisiva cooperação do Sr. Aristides de Castro e Silva e a cobertura total de seu irmão o deputado Almir dos Santos pinto, lançava-se a uma campanha sem precedentes.

Assim ele visava conseguir meios financeiros para custear os fundamentos de um hospital e maternidade que pudesse ser o sustentáculo sanitário ao grande e próspero Município.

Não tivemos, todavia o prazer de vê-la concluída do seu principal empreendedor. Não obstante, os filhos de Aracoiaba não arrefeceram e continuaram a pugnar pela nobre causa. A construção ficara nos alicerces ou pouco mais.

Felizmente Sr. Governador, no atual Governo, dois setores importantes e que foram realmente decisivos, nos auguravam boa sorte.

O Governo do estado entregue a Virgílio Távora e a Secretaria de saúde nas mãos de dr. Almir dos santos pinto, dois grandes administradores; dois grandes amigos de Aracoiaba.

Retemperando a nossa fé e fortalecimento à nossa esperança, novamente vislumbramos um povir mais venturoso. As coordenadas foram traçadas; os dois amigos se entenderam e não negaram à nossa gente a certeza de ver concretizada a velha e nobre aspiração.

Foram acelerados os trabalhos e não lhe faltaram recursos prodígios para sua concretização. Mudou-se repentinamente o panorama das velhas ruínas do prefalado edifício! Foi um curto lapso de tempo!

Hoje, Excelência, o espetáculo a que assistimos coroa esta obra de tanta relevância para a saúde e, conseqüentemente para a vida de nosso povo.

Doravante, os anais de Aracoiaba, registrarão, com orgulho um acontecimento novo, ímpar mesmo, em nossa vida de Aracoiabenses até aquela até aquela época, fartos e descrentes de promessas não cumpridas.

Escusado seria lembrar que mesmo outros benefícios nos têm vindo por acréscimo, tal como um posto médico, a asfaltagem da nossa rodovia, além do tão celebre e tão solicitado canal da Praça da Concórdia.

Por todos estes benefícios e em especial, por este que ora celebramos, o nosso muito obrigada sincero.

Aracoiaba, contrariando para com Vossa Excelência uma dívida impagável, lhe retribui com sua gratidão imorredoura.

A Dr. Almir Pinto, nosso grande amigo, também a nossa eterna gratidão.

Os nossos agradecimentos igualmente ao Sr. Raimundo Airton de Castro, DD. Prefeito Municipal. Ao Sr. Aristides de castro e Silva e ao Dr. Geraldo Pinto, e a quantos, desta ou daquela maneira, contribuíram para a construção desta suntuosa maternidade Santa Isabel.

Sr. Governador: por todos os Aracoiabenses, muito obrigada!

Tenho dito, Maristela Oliveira Lopes.

ANEXO B



RELATÓRIO QUADRIMESTRAL DE JANEIRO A ABRIL DE 2016

Procedimentos/ Consultas Ambulatoriais Realizadas por Município.

| Municípios | Nº de Atendimentos de Urgência e Emergência | | | | | Total |
|--------------|---|------------|-----------------------|-----------------------|------------|--------------|
| | Médica | Cirurgia | Traumato ortopedia | Gineco obstetrícia | Pediatria | |
| | | Geral | | | | |
| ARACOIABA | 3.904 | 516 | 789 | 0 | 661 | 5.870 |
| ARATUBA | 147 | 28 | 63 | 0 | 0 | 238 |
| BATURITÉ | 354 | 146 | 295 | 0 | 0 | 795 |
| CAPISTRANO | 337 | 79 | 133 | 0 | 0 | 549 |
| GUARAMIRANGA | 54 | 11 | 48 | 0 | 0 | 113 |
| ITAPIÚNA | 202 | 54 | 106 | 0 | 0 | 362 |
| MULUNGU | 98 | 28 | 95 | 0 | 0 | 221 |
| PACOTI | 83 | 11 | 62 | 0 | 0 | 156 |
| OUTROS | 22 | 8 | 6 | 0 | 0 | 36 |
| TOTAL | 5.201 | 881 | 1.597 | 0 | 661 | 8.340 |

RELATÓRIO QUADRIMESTRAL DE MAIO A AGOSTO DE 2016

Procedimentos/ Consultas Ambulatoriais Realizadas por Município.

| Municípios | Nº de Atendimentos de Urgência e Emergência | | | | | Total |
|--------------|---|-------------------|-----------------------|-----------------------|------------|--------------|
| | Médica | Cirurgia Geral | Traumato ortopedia | Gineco obstetrícia | Pediatria | |
| ARACOIABA | 4.375 | 570 | 676 | 0 | 902 | 6.523 |
| ARATUBA | 198 | 39 | 115 | 0 | 0 | 352 |
| BATURITÉ | 354 | 145 | 330 | 0 | 0 | 829 |
| CAPISTRANO | 209 | 55 | 169 | 0 | 0 | 433 |
| GUARAMIRANGA | 32 | 43 | 60 | 0 | 0 | 135 |
| ITAPIÚNA | 237 | 61 | 103 | 0 | 0 | 401 |
| MULUNGU | 137 | 47 | 89 | 0 | 0 | 273 |
| PACOTI | 20 | 16 | 78 | 0 | 0 | 114 |
| OUTROS | 22 | 6 | 8 | 0 | 0 | 36 |
| TOTAL | 5.584 | 982 | 1.628 | 0 | 902 | 9.096 |

RELATÓRIO QUADRIMESTRAL DE SETEMBRO A DEZEMBRO DE 2016

Procedimentos/ Consultas Ambulatoriais Realizadas por Município.

| Municípios | Nº de Atendimentos de Urgência e Emergência | | | | | Total |
|--------------|---|----------------|-------------------------|-------------------------|------------|--------------|
| | Médica | Cirurgia Geral | Traumatologia ortopedia | Ginecologia obstetrícia | Pediatria | |
| ARACOIABA | 4.229 | 311 | 590 | 0 | 884 | 6.014 |
| ARATUBA | 127 | 16 | 65 | 0 | 0 | 208 |
| BATURITÉ | 371 | 132 | 363 | 0 | 0 | 866 |
| CAPISTRANO | 212 | 30 | 105 | 0 | 0 | 347 |
| GUARAMIRANGA | 42 | 11 | 45 | 0 | 0 | 98 |
| ITAPIÚNA | 243 | 34 | 119 | 0 | 0 | 396 |
| MULUNGU | 314 | 20 | 61 | 0 | 0 | 395 |
| PACOTI | 71 | 9 | 73 | 0 | 0 | 153 |
| OUTROS | 27 | 5 | 12 | 0 | 0 | 44 |
| TOTAL | 5.636 | 568 | 1.433 | 0 | 884 | 8.521 |

ANEXO C



RELATÓRIO QUADRIMESTRAL DE JANEIRO A ABRIL DE 2017

Procedimentos/ Consultas Ambulatórias Realizadas por Município.

| Municípios | Nº de Atendimento de Urgência e Emergência | | | | | Total |
|--------------|--|-------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|---------------|
| | Médica | Cirurgia Geral | Traumato ortopedia | Gineco obstetrícia | Pediatria | |
| ARACOIABA | 7.343 | 467 | 527 | 0 | 1.702 | 10.039 |
| ARATUBA | 125 | 15 | 79 | 0 | 0 | 219 |
| BATURITÉ | 481 | 445 | 246 | 0 | 0 | 1.172 |
| CAPISTRANO | 196 | 58 | 94 | 0 | 0 | 348 |
| GUARAMIRANGA | 59 | 15 | 22 | 0 | 0 | 96 |
| ITAPIÚNA | 157 | 52 | 61 | 0 | 0 | 270 |
| MULUNGU | 114 | 34 | 73 | 0 | 0 | 221 |
| PACOTI | 97 | 20 | 47 | 0 | 0 | 164 |
| OUTROS | 19 | 2 | 2 | 0 | 0 | 23 |
| TOTAL | 8.591 | 1108 | 1.151 | 0 | 1.702 | 12.552 |

RELATÓRIO QUADRIMESTRAL DE MAIO A AGOSTO DE 2017

Procedimentos/ Consultas Ambulatórias Realizadas por Município

| Municípios | Nº de Atendimento de Urgência e Emergência | | | | | Total |
|--------------|--|-------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|---------------|
| | Médica | Cirurgia Geral | Traumato ortopedia | Gineco obstetrícia | Pediatria | |
| ARACOIABA | 5.225 | 530 | 612 | 0 | 1.011 | 7.378 |
| ARATUBA | 131 | 57 | 75 | 0 | 0 | 263 |
| BATURITÉ | 439 | 221 | 296 | 0 | 0 | 956 |
| CAPISTRANO | 299 | 133 | 167 | 0 | 0 | 599 |
| GUARAMIRANGA | 94 | 53 | 66 | 0 | 0 | 213 |
| ITAPIÚNA | 211 | 99 | 149 | 0 | 0 | 459 |
| MULUNGU | 144 | 79 | 109 | 0 | 0 | 332 |
| PACOTI | 134 | 51 | 107 | 0 | 0 | 292 |
| OUTROS | 25 | 9 | 5 | 0 | 0 | 39 |
| TOTAL | 6.702 | 1232 | 1.586 | 0 | 1.011 | 10.531 |

ANEXO D
ROTEIRO DA ENTREVISTA

- 01) Qual a função do Serviço Social no H.M.S.I?

- 02) Quais os desafios enfrentados na esfera do Serviço Social no H.M.S.I pela equipe multiprofissional?

- 03) Faça um paralelo dos limites da prática profissional do Assistente Social na saúde e dentro da instituição em que você está inserido.

- 04) Quais mudanças são necessárias para que o trabalho do Serviço Social possa acontecer?

- 05) De que meios o Assistente Social dispõe para a efetivação de seu trabalho?

- 06) Quais propostas você julga pertinentes para a melhoria da qualidade do seu serviço?