



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
COORDENAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**FÁBIO EDUARDO SILVA**

**O SERVIÇO SOCIAL NO INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA (ISEA):  
UMA REFLEXÃO A PARTIR DOS PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DE  
ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE**

**CAMPINA GRANDE  
2011**

**FÁBIO EDUARDO SILVA**

**O SERVIÇO SOCIAL NO INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA (ISEA):  
UMA REFLEXÃO A PARTIR DOS PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DE  
ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ma. Renata Ligia Rufino Neves

CAMPINA GRANDE  
2011

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial de Serviço Social Luiza Erundina– UEPB

S586s

Silva, Fábio Eduardo.

O serviço social no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) [manuscrito] : uma reflexão a partir dos parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde / Fábio Eduardo Silva. – 2011.

29 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2011.

“Orientação: Profa. Ma. Renata Ligia Rufino Neves, Departamento de Serviço Social”.

1. Política da Saúde. 2. Saúde Pública. 3. Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA). 4. Serviço Social. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

FÁBIO EDUARDO SILVA

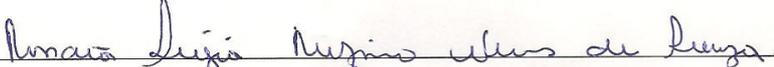
**O SERVIÇO SOCIAL NO INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA (ISEA):  
UMA REFLEXÃO A PARTIR DOS PARAMETROS PARA A ATUAÇÃO DE  
ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE**

Aprovado em: 09 / 12 / 11

Nota: 90 ( 100% )

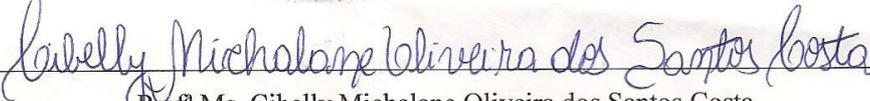
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

**BANCA EXAMINADORA**



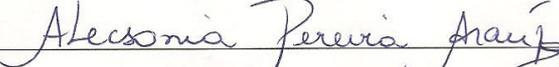
Profª Ms. Renata Lígia Rufino Neves

Orientadora



Profª Ms. Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa

Banca Examinadora



Profª Ms. Alecsonia Pereira Araújo

Banca Examinadora

## AGRADECIMENTOS

Durante anos de Faculdade o que prevalece são as inúmeras conquistas durante o longo caminho percorrido e os vários objetivos conquistados. E nada mais justo do que agradecer as pessoas que com as suas peculiaridades me ajudaram a celebrar mais uma vitória.

Gostaria de agradecer em primeiro lugar a Deus, pelo seu Amor, Compreensão, Consolo e pela Fé que me foi entregue para superar as dificuldades desse Mundo;

A minha Família, dádiva de Deus. Em especial á minha mãe que sempre acreditou no êxito desse sonho, por isso, suportou meu stress e sempre me motivou;

A minha irmã que soube compreender esse momento tão importante na minha vida e me agüentou com sua generosidade;

Ao meu primo Júnior, que nem sei como agradecê-lo por tudo. Pois, foi meu suporte em todos os momentos nessa caminhada;

A minha amiga de sala Dani, pois no momento em que pensei em desistir ela me motivou para que eu superasse as incertezas;

Como agradecer a essas três mulheres fantásticas que me orientaram durante todo esse período: Verônica, Cibelly e Renata. Vocês são responsáveis por tudo isso, juntos realizamos esse feito e agradeço a Deus pela vida de vocês. Muito Obrigado!

A Gloriete, assistente social no ISEA, que me ajudou no campo de estágio, por compartilhar sua experiência profissional e contribuir para o desenvolvimento dessa pesquisa;

Não poderia esquecer-se dos meus colegas de trabalho, em especial você Cleane. Pois, com sua paciência soube suportar o meu stress que não foram poucos e me agüentar em todos os momentos. Muito Obrigado!

A minha esposa Márcia, meu Amor muito obrigado. Você é um presente de Deus para mim. Te Amo.

Por fim, a todos que comigo compartilharam momentos de dúvidas, angústias, vitórias e juntos estamos celebrando mais uma conquista e a certeza de que muitas estão por vir.

Agradecer é um dos sentimentos mais nobres do ser humano.

## LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABESS	Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANAS	Associação Nacional dos Assistentes Sociais
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CBAS	Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais
CEFAS	Conselho Federal de Assistentes Sociais
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CRESS	Conselhos Regionais de Serviço Social
FENAS	Federação Nacional de Assistentes Sociais
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
ISEA	Instituto de Saúde Elpídio de Almeida
LOPs	Lei Orgânica da Assistência Social
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>RESUMO .....</b>	<b>6</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>8</b>
<b>3 A SAÚDE PÚBLICA: UM ESPAÇO DE ATUAÇÃO PARA O SERVIÇO SOCIAL .....</b>	<b>15</b>
<b>4 O SERVIÇO SOCIAL E O ISEA: ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>20</b>
4.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	22
4.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA .....	23
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>27</b>

## **O SERVIÇO SOCIAL NO INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA (ISEA): UMA REFLEXÃO A PARTIR DOS PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE**

**Fábio Eduardo Silva**

### **RESUMO**

Este trabalho investigativo consiste em um Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba. Apresenta como objeto de estudo, o Serviço Social no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA). Para tanto, teve como recorte teórico a perspectiva analítica-crítica, pois permite um aprofundamento da realidade, para explicar os fatos. Foram entrevistadas quatro assistentes sociais do ISEA, correspondendo á 25% do universo. Metodologicamente, recorreu-se a utilização de recursos qualitativos, através do uso dos seguintes instrumentos e técnicas: entrevista semi-estruturada e a observação, mediante análise dos dados afirmaram ás questões que nortearam a nossa pesquisa, vez que constatamos que á prática profissional do Serviço Social no ISEA, o desconhecimento das profissionais de Serviço Social acerca dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, bem como uma prática distanciada desses parâmetros.

**Palavras-Chave:** Política de Saúde. Parâmetros. Serviço Social.

### **ABSTRACT**

This research work consists of an End of Course Work, presented to the Undergraduate Social Work at the State University of Paraíba. Presents as an object of study, The Social Work in Health Institute Elpidio de Almeida (ISEA). So, she had as a theoretical framework to critical-analytical perspective, it allows a deeper reality, to explain the facts. We interviewed four social workers of the ISEA, accounting for 25% of the universe. Methodologically, we resorted to the use of qualitative, using the following tools and techniques: semi-structured interviews and observation, through analysis of the data reported to questions that guided our research, since we find that the professional practice of social work the ISEA, the lack of professional social work about the Performance parameters for Social Workers in Health, as well as a practical distance of these parameters.

**Keywords:** Health Policy. Parameters. Social Service.

## **1 INTRODUÇÃO**

O presente trabalho procurou analisar a prática profissional das(os) assistentes sociais do Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA), a partir dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.

Destarte, procuramos desvelar se tal prática se dá a partir dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, como orienta o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Que tem como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço

Social na área da saúde a luz dos pressupostos teórico-metodológicos, ético-político e técnico-operativos, que fundamentam o Serviço Social.

Para tanto, ressalta-se que os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde requerem dos(as) assistentes sociais inseridos na área da saúde, um exercício profissional crítico e reflexivo, perpassado por todo o arcabouço adquirido no processo de formação profissional, além de competência para propor e construir estratégias mediadoras de intervenção capazes de viabilizar o atendimento das demandas lançadas pela população usuária. Contudo, evidencia-se no cotidiano institucional que as condições objetivas de atendimento á essas demandas, são delineadas pela destruidora política neoliberal, que restringe as políticas públicas, que, por sua vez, se configuram como a base de fundamentação sócio-histórica do Serviço Social, repercute diretamente na prática exercida pelos assistentes sociais.

Todavia, enfatizamos ainda, diante desse caótico cenário que as condições subjetivas expressas a partir da necessidade da busca de qualificação contínua do profissional de Serviço Social se configuram como aspecto indispensável para compreender, se posicionar e intervir nessa realidade, e assim ratificar o compromisso com a Reforma Sanitária, contrapondo-se ao projeto privatista em vigor.

Em face ao exposto, acreditamos que a discussão ora proposta e delineada, poderá contribuir para os(as) profissionais do Serviço Social do ISEA, para os assistentes sociais atuantes em outras instituições da área de saúde, bem como para os discentes do curso de Serviço Social e áreas afins.

Em face desse contexto, formulou-se o objeto desse estudo de trabalho, que consiste na análise da prática profissional dos(as) assistentes sociais norteadas pelos Parâmetros de Atuação. A escolha dessa temática surgiu no decorrer da nossa vinculação com o campo de Estágio no ISEA.

Para o aprofundamento teórico e metodológico desse processo investigativo foi adotada a perspectiva analítica-crítica, que tem como objetivo um aprofundamento da realidade, para explicar a razão dos fatos.

Em face ao exposto, a nossa pesquisa teve como questões norteadoras as seguintes: A prática profissional das assistentes sociais do ISEA está norteadas pelos Parâmetros do(as) assistentes sociais na saúde? Qual a compreensão que as assistentes sociais têm acerca dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde? Quais as contribuições do Serviço Social na Instituição.

Portanto, tratou-se de uma pesquisa de campo de caráter qualitativo.

Os sujeitos da pesquisa foram às assistentes sociais do ISEA, cuja amostra foi de quatro assistentes sociais, de um total de dezesseis, o que corresponde á 25% totalidade das assistentes sociais que atuam na instituição enfatizada.

Os instrumentos e técnicas na fase de coleta e análise dos dados adotados foram á entrevista semi-estruturada, pois, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e a observação sistemática.

Quanto á estruturação desse artigo, o mesmo encontra-se dividido em (três) tópicos: no primeiro, enfocamos a Política de Saúde no Brasil. No segundo, a Saúde Pública: um espaço de atuação para o Serviço Social. No terceiro encontra-se a análise e discussão dos dados. Por fim, as considerações finais, as referências e o apêndice.

Por fim, ressaltamos que a análise apresentada neste estudo não vislumbrou exaurir a discussão acerca da temática trabalhada, mas acreditamos que a partir do desvelamento das referidas questões, os resultados da pesquisa servirão como fontes de consulta e apreensão de uma particularidade da realidade profissional, tanto, para as assistentes sociais do ISEA, quanto para os(as) discentes.

## **2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**

A saúde no Brasil, no início do século XX, período em que o Estado não reconhecia a questão social como objeto de intervenção política, era desenvolvida de forma assistencialista, pautada na filantropia e na prática liberal. A partir da década de 1920, adotou-se o modelo das Campanhas Sanitárias, destinadas a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as epidemias rurais, consolidando uma estrutura centralizada, tecnoburocrática, corporativista e assistencialista, á medida que promovia um socorro emergencial, não planejado e não visto como direito (BRAVO; MATOS; ARAÚJO, 2001).

O modelo econômico agroexportador centrado no café necessitava de uma ação voltada para a erradicação e controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação, bem como, uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportadas.

Em decorrência dessas transformações econômicas e políticas, surgiram algumas ações no campo da saúde pública, a exemplo do modelo hegemônico de saúde sanitaria campanhista que surgiu como uma estratégia para combater as doenças infecciosas.

Segundo Braga e Paula (1986), a saúde emerge no Brasil como questão social nessa conjuntura, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira. O processo de industrialização e urbanização vai modificando profundamente as condições de vida da população. Essa transformação trouxe consigo os efeitos das condições de trabalho: os acidentes, as doenças, a subnutrição e as precárias condições de higiene e saúde.

A partir desse contexto, algumas medidas foram tomadas em relação às questões de higiene e saúde do trabalhador, como a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), em 1923, ficando essa responsável pela assistência médica dos trabalhadores das empresas ferroviárias.

Essas CAPs eram financiadas pela União, pelas Empresas e pelos Empregados. Tinha como benefícios: a assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensão para os dependentes e auxílio-funeral (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Dessa forma, os trabalhadores informais não tinham acesso a esses direitos, ficando desamparada a maior parte da população. Aos desamparados restavam apenas as Santas Casas e as entidades filantrópicas. Nesse cenário, foram surgindo organizações de operários urbanos, dando notalidade a questão social e demandando respostas institucionais por meio do Estado. Dessa forma, surgem as primeiras iniciativas de Políticas Sociais, inclusive no setor saúde. A Política Social era concebida como uma Política Assistencialista, ficando os serviços de saúde pautados na filantropia e na prática liberal.

Na década de 30, as CAPs foram transformadas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), tendo como objetivo estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios, como forma de antecipar as reivindicações destas categorias. Dessa forma, só quem tinha direito á esses benefícios eram trabalhadores inseridos no mercado de trabalho, quem não tivesse formalmente inserido era tratado como indigente, não tinha direito á saúde (BRAVO; MATOS; ARAÚJO, 2001). Nessa conjuntura, a Política de Saúde formulada era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária (BRAGA; PAULA, 1986).

Segundo Braga e Paula (1986), as principais alternativas adotadas pela saúde pública, no período de 1930 á 1940, foram: ênfase nas campanhas sanitárias; coordenação dos serviços estaduais de saúde, 1937; a interiorização das ações para as áreas de endemias rurais; e a criação de serviços de combate ás endemias.

O surgimento da medicina previdenciária, com a criação dos IAPs, em 1933, foi de caráter contencionista nas décadas de 1930 á 1945. Conforme Oliveira e Teixeira (1986, p. 61-65):

O controle dos gastos num primeiro momento foi realizado através da definição de limites orçamentários máximos para as despesas com assistência médico-hospitalar e farmacêutica. Num segundo momento, foi estabelecido que as obrigações da previdência social eram restritas ás aposentadorias e pensões, ficando a concessão de assistência médica na dependência da existência de recursos em cada instituição.

Para Oliveira e Teixeira (1986), a diminuição dos gastos foi efeito do rápido crescimento do trabalhador urbano. A Previdência preocupou-se mais com a acumulação de reservas financeiras, do que com a prestação de serviços.

Segundo Luz (1986), até a década de 50, observou-se no âmbito da saúde pública, á prática clientelista, verticalista e corporativista; e no âmbito das instituições de Previdência Social, observou-se o clientelismo, populismo e paternalismo.

No período dos anos de 1950 á 1960, os programas e serviços de saúde mostraram-se cada vez mais ineficientes, incompetentes, repetitiva, aprofundando a dicotomia Saúde Pública versus Atenção médica individual. Nesse contexto, a sociedade que vivenciava más condições de saúde, sentiu a necessidade de unir-se em um grande movimento social, no início dos anos de 1960, liderado e conduzido pelas elites progressistas, que reivindicavam imediatas reformas de base, entre as quais á Reforma Sanitária.

Os objetivos da Política de Saúde estavam voltados ás endemias rurais, á tuberculose e a extensão dos serviços médicos hospitalares até as comunidades rurais, já que nos centros urbanos a perspectiva era de expandir os serviços de assistência previdenciária (ESCOREL, 2000).

Mas, a reação política das forças sociais conservadoras conseguiu, através do golpe militar de 1964, a desarticulação da construção política que os movimentos sociais haviam realizado no Brasil, pelo menos desde 1930 (LUZ, 1991). Através da unificação da Previdência Social, cria-se em 1966, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), cabendo ao setor privado conveniado com o governo a atenção médica-curativa.

Durante o período do regime militar, estabeleceu-se no Brasil uma Política de Saúde campanhista e curativista, numa estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país. A política econômica, que preconizava um crescimento acelerado com uma elevada taxa de produtividade conjugada e baixos salários para a maioria da classe

trabalhadora, favoreceu os trabalhadores especializados, os técnicos e os quadros superiores empregados nos setores de ponta da economia, possibilitando a esses setores privilegiados um aumento de consumo. Nesse contexto, a saúde também passou a ser vista como um bem de consumo. Que, segundo Faleiros (1995, p. 16):

Não mudou as bases anteriores de sustentação e nem se articulou como um projeto de cidadania universal. Era a continuidade de um modelo fragmentado e desigual de incorporação social em estratos de acesso, privilegiando interesses econômico-corporativos do empresariado atuante na área. Os serviços médicos consolidavam uma desigualdade em três níveis: o setor privado para os ricos, os planos de saúde para grupo seletivo de assalariados e classes médias, os serviços públicos para pagantes da previdência.

Dessa forma, a ditadura significou a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social de privilegiamento do setor privado, através da construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social; da multiplicação de faculdades particulares de medicina por todo país; da organização e complementação da política de convênios entre INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento de recursos já escassos tradicionalmente destinados aos serviços públicos (LUZ, 1991).

Na esfera das políticas de saúde, o referencial da medicina comunitária se materializava em programas de extensão da cobertura de ações básicas, direcionados para a população excluída do sistema previdenciário. Como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976. Dessa forma:

A saúde pública, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos que não chegavam a 2% do PIB, colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves conseqüências para a saúde da população (ESCOREL; NASCIMENTO; ELDER, 2005, p. 63).

Nos anos de 1974 e 1975, observou-se uma grande insatisfação popular em relação a Política de Saúde implantada pelo governo, decorrente da falta de resolutividade dos problemas da saúde, o que conduziu a um processo de alianças e articulações entre os movimentos sociais. Nesse momento de contradições e crises, em que o Estado autoritário se vê confrontado, emerge o movimento sanitário como um:

Conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não articulados ao redor de um projeto, cujo desenho e conteúdo foram sendo construídos ao longo do tempo a partir de um conjunto de práticas em três níveis: a prática teórica (construção do saber), a prática ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformação das relações sociais), (CARVALHO, 1995, p. 48).

Para Mendes (1996), o movimento de Reforma Sanitária reivindicava a transformação do modelo de atenção a saúde, através da adoção do paradigma da produção social da saúde. Dessa forma, o modelo sanitário, conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público, em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado.

Destarte, Escorel (1999), percebe o movimento sanitário como um movimento de profissionais da saúde e de pessoas vinculadas a saúde que por meio de práticas políticas, ideológicas e teóricas, buscou transformar a saúde no Brasil em prol da população e pelo direito de cidadania.

Tal movimento, protagonizado por trabalhadores da saúde e movimentos sociais, reivindicou a saúde como direito de todos e dever do Estado; a universalização, integralidade e equidade das ações e serviços do setor; a descentralização do poder e de recursos financeiros, pelas esferas estaduais e municipais e a participação popular (BRAVO; MATOS; ARAÚJO, 2001).

Nesse cenário de crise, o governo militar na tentativa de superar a crise política, com ações do Ministério da Saúde e da Previdência, criou o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), visando organizar o setor público de saúde. A iniciativa propunha a criação de uma rede pública unificada de oferta de serviços, regionalizada e hierarquizada, financiada e administrada pelo Estado.

Para racionalizar os gastos com a saúde, foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que passa, a tomar medidas de caráter emergencial e de curto prazo, visando reduzir os gastos, em atenção hospitalar. O CONASP, teve como principal estratégia a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que além da racionalização dos recursos caracterizava-se por uma série de princípios.

Ainda para Mendes (1999), os princípios postulados pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), incorporam aqueles da Reforma Sanitária, a saber: universalização, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização do processo decisório e democratização.

Portanto, a Reforma Sanitária tem um caráter de transformação político-ideológico, na ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, no desenvolvimento de uma ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares (MENDES, 1999).

Conforme Escorel (1993), o processo de mobilização da sociedade teve continuidade nos trabalhos de elaboração da nova constituição democrática, que culminou com a aprovação de um capítulo inédito da Constituição de 1988, que versava sobre a saúde no qual se refletia, em parte, o pensamento e a luta do movimento sanitário.

Segundo Andrade (2001, p. 36),

Os princípios que nortearam as AIS não eram diferentes do fracassado PREV-SAÚDE: universalidade no atendimento; integralidade e equidade da atenção; regionalização e hierarquização dos serviços; descentralização das ações e do poder decisório; democratização através da participação da sociedade civil e do controle pelos usuários; planejamento e controle efetivo pelo setor público sobre o conjunto do sistema, incluindo os setores filantrópicos e privado.

Na década de 80, a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos e assumiu uma dimensão política. Os destaques nessa conjuntura foram os profissionais da saúde, que defenderam uma melhoria na saúde e as principais propostas foram: saúde como um direito de todos e dever do Estado; a estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS); um novo olhar para a saúde individual e coletiva; e a descentralização do poder decisório na esfera estadual e municipal.

Dessa forma, a temática saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se a sociedade como um todo, propondo não somente o SUS, mas, a Reforma Sanitária, conforme nos coloca Teixeira (1989, p. 51):

No Brasil a Reforma Sanitária inscreve-se no processo de construção democrático na medida em que, no propor do deslocamento efetivo do poder, desde um setor específico, mas sem se reduzir a ele, trata de reformular propostas contra hegemônicas e organizar uma aliança entre forças sociais comprometidas com a transformação.

Para Mendes (1999), um fato marcante foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986, que contou com a participação de cerca de 4.500 pessoas, dentre as quais Mil delegados. Essa CNS tem duas características que a diferenciam das demais anteriores. Em primeiro, a participação da sociedade civil e de delegados representando quase todas as forças sociais interessadas na questão da saúde. Outra

característica importante foi a sua configuração como um processo social que começa com as conferências municipais, estaduais, até a nacional.

Concordamos com Mendes (1999, p. 43), quando diz:

A 8ª CNS, teve como desdobramento imediato um conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que passa, com sua doutrina, a constituir-se no instrumento político-ideológico que viria influir de forma muito significativa em dois processos que se iniciam, concomitantemente, no ano de 1987: um, no executivo a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e, outro, no poder legislativo, a elaboração da nova Constituição Brasileira.

A Constituição de 1988 incluiu, pela primeira vez, uma seção sobre a saúde, a qual incorporou em grande parte os conceitos e as propostas contempladas no relatório da 8ª CNS de 1986, e assumiu essa política como dever do Estado e de relevância pública.

No Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, estabeleceu-se:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e dos outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2011, p. 54).

A Saúde pública brasileira avançou no processo de democratização do acesso aos serviços com a implantação do SUS, regulamentado pela Lei 8.080/90 e 8.142/90, de caráter universal e passando a ser prestado pelo Estado. Assim, deu-se início ao processo de descentralização político-administrativo da Política de Saúde.

O SUS regulamenta as propostas da Reforma Sanitária, já acolhidas pela Constituição Federal de 1988, partindo do conceito ampliado de saúde, bem como dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, descentralização, racionalização e resolução, complementaridade do setor privado e participação da comunidade.

Segundo Bravo (2004), na década de 90, reforçou-se a disputa de dois projetos políticos na área de saúde: o projeto de Reforma Sanitária e o projeto privatista. O primeiro visa assegurar a saúde como direito de todos e dever do Estado, por meio de políticas públicas. Por sua vez, o segundo está pautado na Política de ajuste neoliberal que tem como principais tendências a contenção de gastos com a racionalização da oferta, descentralização, participação mínima do Estado e a focalização.

Destarte, Soares (2000), percebe que a descentralização que vem ocorrendo no Brasil pode ser denominada, como descentralização destrutiva, porque apresenta um desmonte das políticas sociais. Enfatiza-se a privatização dos serviços públicos para os mais pobres, por meio de programas focalizados, como resultante do processo da Reforma do Estado ditada pela política econômica de corte neoliberal.

### **3 A SAÚDE PÚBLICA: UM ESPAÇO DE ATUAÇÃO PARA O SERVIÇO SOCIAL**

Quando emergiu no Brasil, nas décadas de 30 e 40, o Serviço Social possuía uma característica assistencial e controladora que buscou favorecer o capitalismo monopolista e o desenvolvimento industrial.

A expansão do Serviço Social, no país, ocorre a partir de 1945, relacionada com as exigências e necessidades do capitalismo no Brasil e as mudanças no panorama internacional, em função do término da 2ª Guerra Mundial. Nessa década, a ação profissional na saúde também se ampliou, transformando-se no setor que mais absorveu assistentes sociais (BRAVO, 2004).

Segundo Bravo (2004), a aceleração industrial, as migrações campo-cidade, o intenso processo de urbanização e o crescimento do operariado, vão exigir novas respostas do Estado e do empresariado. A questão social se põe como alvo da intervenção do Estado, por meio de Políticas Sociais Públicas. E aí o Serviço Social terá segundo Iamamoto (2000), a questão social como base sócio-histórica de sua requisição.

Nos anos de 1960, diversos profissionais de Serviço Social começaram a questionar a posição conservadora assumida pelos(as) assistentes sociais. Esse debate surge na profissão não de forma isolada, mas com o respaldo das questões levantadas pelas ciências sociais e humanas, principalmente em torno da temática do desenvolvimento (BRAVO, 2007).

O Serviço Social como profissão, sofreu profundas modificações no pós-64, tendo em vista as modificações na sociedade, através da reorganização do Estado, que interferiram no Serviço Social em dois níveis: o da prática e o da formação profissional.

O movimento de reconceituação, apesar de sua heterogeneidade e dos confrontos teóricos, teve dois traços. O recurso a tradição marxista, proporcionando, pela primeira vez, a elaboração do Serviço Social de raiz marxiana. E o reconhecimento de uma unidade profissional que respondesse as problemáticas existentes.

Em 1967, com regulamentação dos órgãos de assistência médica da Previdência Social, previa as seguintes ações: individual, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo-preventivo; comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho (BRAVO, 2007).

Conforme Bravo (2007), com a Lei Orgânica da Assistência Social (LOPS), foi criado o Departamento de Serviço Social, que passou a orientar as ações dos IAPs e a necessidade de formação e aperfeiçoamento do profissional com a relação de cursos para os assistentes sociais.

O Serviço Social na saúde, norteador pelas influências da modernização das políticas sociais, vai sedimentar sua ação na prática curativa, primordialmente na assistência médica previdenciária, maior empregador de profissionais (BRAVO, 2007).

A prática profissional dos(as) assistentes sociais, na conjuntura da década de 70, assume características no setor da saúde, pois se encontrava dicotomizada entre dois ministérios específicos: saúde e previdência social. Na saúde eram denominadas as seguintes ações: terapia familiar em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas; e na previdência, a definição dos planos básicos de ação do Serviço Social na previdência, que tinha como finalidade definir a Política de ação do assistente social.

Segundo Bravo (2007), essa atuação dava-se na saúde com a participação no programa, desenvolvendo atividades educativas que visassem a proteção e recuperação da saúde dos beneficiários. E na previdência através de atividades educativas que visassem a capacitação para o trabalho e a contribuição para a formação de uma mentalidade profissional, atingindo os beneficiários em diversos setores.

De acordo com Bravo (2007), a saúde comunitária poderia ter sido mais enfatizada pelos(as) assistentes sociais, pois permitiria uma ação global, bem como, viabilizando a participação da comunidade nas instituições públicas. Mas, a ação do Serviço Social na saúde foi de atenção psicossocial junto aos pacientes e familiares, de acordo com as raízes históricas.

Em linhas gerais, pode-se afirmar que o movimento sanitário que vem sendo construído desde os anos de 1970, vem elaborando propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo privilegiado ao produtor privado, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, em Brasília. A premissa básica é a compreensão de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado.

Para Teixeira (1989), a vitória da Reforma Sanitária deveu-se a eficácia da plenária, via sua parte técnica, mobilização da sociedade, e a emenda popular assinada por 50.000 eleitores e 167 entidades.

A conjuntura de 1980, no Brasil, foi fundamental para o entendimento da profissão, pois significava o início da maturidade da tendência hegemônica e da intenção de ruptura na academia, com a interlocução da tradição marxista. Destarte, observa-se uma mudança na postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS) de 1985 e 1989; a apresentação de trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), hoje Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS), hoje como Federação Nacional de Assistentes Sociais (FENAS) e o Conselho Federal de Assistentes Sociais (CEFAS), atualmente, denominado Conselho Federal em Serviço Social (CFESS), (BRAVO, 1996). Um fator decisivo para a consolidação e amadurecimento teórico do Serviço Social, tratou-se do surgimento dos cursos de pós-graduação e depois com os mestrados e doutorados. A ampliação e consolidação da produção científica, permitiu a construção ou reconstrução permanente de conhecimentos para contribuir com a prática profissional.

Segundo Bravo (1996), com essa visão mais ampla do conhecimento, alguns assistentes sociais da área da saúde, começaram a se sensibilizar pela saúde coletiva, avaliando a importância de atuar em centros de saúde e ambulatórios. É esse cenário da produção de conhecimentos e acumulação teórica, que se consolida a maturidade profissional, tendo como marco, o Código de Ética Profissional do assistente social, de 1993, da Lei de regulamentação da profissão de Serviço Social, Lei 8.662/93. De acordo com Netto (1994, p. 164):

A consolidação da ruptura com o conservadorismo, entendida no sentido aqui circunscrito, favoreceu a renovação teórico-cultural da profissão. Se não há simetria entre uma e outra, a sua conexão é inegável: a primeira desobstruiu a via para a segunda. E está, no curso dos anos oitenta, na maturação do que, noutra oportunidade, designei como intenção de ruptura.

Na conjuntura de 1990, o projeto político econômico consolidado no Brasil, de base neoliberal, confronta-se com o projeto profissional hegemônico do Serviço Social, tecido desde 1980 e com o projeto da Reforma Sanitária, pois a ofensiva neoliberal, preconiza um Estado máximo para o capital e mínimo para o social.

Destarte, os debates desse modelo político econômico para o âmbito da saúde vão confrontar dois projetos antagônicos: um de corte conservador, e o outro que visa à saúde como um direito de todos e dever do Estado. Nesse contexto, existem dois projetos políticos em disputa na área da saúde, que apresentam diferentes requisições para o Serviço Social. Segundo Bravo (1998), o projeto privatista requisitou, e vem requisitando ao assistente social entre outras demandas: uma seleção sócio-econômica dos(as) usuários(as), a atuação psicossocial através de aconselhamento, uma ação focalizada aos(as) usuários(as) dos planos privados de saúde, o assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto de Reforma Sanitária apresenta como demanda ao Serviço Social, que o assistente social trabalhe com as seguintes questões: uma busca pela democratização do acesso as unidades e os serviços de saúde, um atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição saúde com a realidade, a interdisciplinaridade e abordagens grupais, o acesso democrático as informações e a participação cidadã.

É importante ressaltar que este projeto está em consonância com os princípios que norteiam a profissão, principalmente, nos seus aportes e referencial teórico, formação profissional e princípios. Portanto, existe a necessidade de desenvolvê-lo e concretizá-lo. Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social, formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências no serviço de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do(a) assistente social que tem como norte o projeto ético-político profissional tem que, necessariamente está articulado com o projeto da reforma sanitária (MATOS, 2003).

Considera-se que o Código de Ética da Profissão (CFESS, 1993), apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos(as) assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos a população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social.

Para o CFESS (2009), pensar e realizar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em:

[...] Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como, os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde; buscar a necessária atuação em equipe tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde, e tentar construir ou efetivar, com outros profissionais de saúde, espaços de participação popular (CFESS, 2009, p. 17).

Segundo o CFESS (2009), a distância entre a prática profissional e a teoria, resulta de uma leitura crítica da realidade e revela uma perda de oportunidade por parte dos assistentes sociais diante as possibilidades captadas na realidade em que realizam suas ações, quando se tem como objetivo nortear as políticas públicas na direção dos interesses dos usuários.

Essa prática cotidiana requer dos(as) assistentes sociais uma capacitação teórico-metodológica, ético-político, e técnico-operativa, que possibilite aos(as) profissionais: apreensão crítica dos processos sociais numa perspectiva de totalidade; análise do movimento histórico da sociedade; compreensão da profissão e as possibilidades de ação na realidade e identificação das demandas (CFESS, 2009). É nessa perspectiva que o projeto ético-político do Serviço Social se assemelha ao Projeto de Reforma Sanitária, ambos procuram esclarecer para a população seus direitos, bem como, aproximar a população as políticas públicas sociais. Portanto, o(a) assistente social precisa conhecer a realidade e planejar suas ações, em busca, da diminuição da desigualdade ampliada pelo sistema capitalista.

O CFESS, em conjunto com os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), elaboraram um documento denominado: Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, que tem como finalidade servir de referencia para a intervenção dos assistentes sociais na saúde (CFESS, 2009). As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social são orientadas e norteadas pelo Código de Ética Profissional, de 1993 e pela Lei de Regulamentação da profissão, também de 1993. No que se refere aos princípios, o Código de Ética estabelece:

- I- defesa intransigente dos direito humanos e recusa de arbítrio e do autoritarismo;
- II- defesa da democracia e de participação política e da riqueza socialmente produtivas;
- III- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados a população e com aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

O projeto ético-político da profissão pauta-se na perspectiva da totalidade social e tem na profissão a base de sua fundamentação. Alguns conceitos são fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde, como: a concepção da saúde, a integralidade a intersetorialidade, participação social e a interdisciplinaridade.

Portanto, conforme os parâmetros anteriormente mencionados os(as) assistentes sociais na saúde orientado pelos parâmetros do CFESS atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento, gestão e assessoria, qualificação e formação profissional. O Parâmetro pretende

explicar as principais ações desenvolvidas pelos assistentes sociais. Nesses quatro eixos, em uma concepção de totalidade (CFESS, 2009). As atividades de qualificação e formação profissional têm como objetivo: a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos(as) usuários(as). Por fim, é a capacitação permanente que possibilita aos(as) profissionais romper com a prática rotineira, e buscar, a partir da investigação da realidade a reorganização da sua atuação.

#### **4 O SERVIÇO SOCIAL E O ISEA: ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A maternidade municipal situada no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), onde foi realizado o estágio supervisionado, localiza-se na cidade de Campina Grande, a maior cidade do interior da Paraíba. O ISEA está localizado, na rua, vila nova da rainha 147, centro.

Como uma demonstração de gratidão por parte do então prefeito Dr. Elpídio de Almeida, devido ao apoio político das mulheres da cidade de Campina Grande-PB, em mandato de quatro anos, o atual prefeito, na época construiu e inaugurou a maternidade no dia 05 de Agosto de 1951.

Na sua origem a instituição tinha como projeto social a proteção da mãe e da criança, bem como, uma assistência ampla de obstetria, com a finalidade de atender mulheres carentes de Campina Grande e das cidades circunvizinhas.

Destarte, em sua estrutura organizacional o ISEA é composto por diversos profissionais da área da saúde, como: diretor geral, diretor administrativo e financeiro; técnicos em enfermagem, eletrônica, laboratório e Raio-X; recepcionistas, maqueiros, vigilantes e secretárias; auxiliares de cozinha, rouparia, farmácia, manutenção e almoxarifado; psicólogos; nutricionistas; médicos; enfermeiros, assistentes sociais e uma coordenadora do Serviço Social.

Os recursos financeiros são desconhecidos, pois os gestores responsáveis ou se negaram ou desconhecem está informação.

Em sua estrutura física, o ISEA, oferece alguns serviços, tais como:

- a) O atendimento Ambulatorial que incluem os serviços de pré-natal de alto-risco, fisioterapia, psicologia, imunização e testes do pezinho e orelhinha.

- b) O pré-natal de alto-risco é um atendimento especializado para gestante portadora de alguma doença, exemplo: diabetes, pressão alta e menores de 18 anos, bem como, acima dos 40 anos.
- c) Os serviços de fisioterapia são destinados às mães, e as crianças com alguma deficiência física. A imunização é realizada nos recém-nascidos com as primeiras doses das vacinas principais.
- d) O atendimento psicossocial é realizado pelos assistentes sociais em parceria com os psicólogos, para as mulheres internas ou inseridas em algum programa da instituição.

A maternidade também conta com os serviços de uma casa de passagem designada às mães que estão amamentando seus filhos, estando estes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). No que diz respeito à saúde das mesmas, o ISEA dispõe de alguns programas, quais sejam: o planejamento familiar, composto por mulheres e homens com mais de dois filhos, para mãe é oferecida a Laqueadura sendo esta maior de idade, palestras e entregas de anticoncepcionais. Bem como para os homens palestras e a vasectomia. Outro programa oferecido é o de obesidade, para crianças de 0 a 18 anos e o programa de combate à violência contra a mulher, oferecido às gestantes do hospital e parturientes.

Dessa forma, o ISEA é uma instituição fundamental para o município de Campina Grande e região, desenvolvendo um trabalho amplo de prestação de serviços para as mulheres e as crianças. Por essa razão é que o mesmo é considerado um hospital de referência para todo Estado. Ressalta-se ainda que o ISEA seja o único hospital público na cidade de Campina Grande, com uma UTI neo-natal.

No ISEA, o trabalho do assistente social deve buscar a efetivação dos direitos sociais, a partir dos pressupostos estabelecidos no projeto ético-político da referida profissão. Tais profissionais interagem diretamente com a equipe multiprofissional, desenvolvendo ações educativas, tendo como objetivo manter a população usuária informada e conhecedora dos seus direitos e deveres dentro da instituição, contribuindo para promoção da saúde.

O atendimento dos assistentes sociais aos usuários se dá tanto no atendimento individual, quanto nas palestras sobre planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis; amamentação, higiene, orientações aos visitantes e acompanhantes.

#### 4.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa aqui abordada é de caráter científico e de cunho qualitativo. A mesma se constitui como um estudo analítico, o qual que de acordo com Gil (1989), tem como objetivo o aprofundamento da realidade para explicar os fatos/fenômenos.

A nossa pesquisa norteou-se com o intuito de evidenciar as seguintes questões: A prática profissional das assistentes sociais do ISEA está norteada pelos Parâmetros de Atuação? Qual a compreensão que as assistentes sociais têm acerca dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde?

Para tanto, os sujeitos da pesquisa corresponderam a quatro assistentes sociais, configurando, portanto, uma amostra de 25% da totalidade de dezesseis assistentes sociais que atuam na instituição. Salienta-se que as assistentes sociais foram escolhidas aleatoriamente, tendo como uma das participantes a Supervisora de Campo.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, pois está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões momentâneas á entrevista. Esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

As entrevistas foram analisadas através da técnica de análise do conteúdo, pois esta permite uma análise crítica dos depoimentos, no sentido de apreender as significações implícitas e explícitas na fala das entrevistadas (CHIZZOTTI, 1995).

Para realização desta pesquisa foram arrolados instrumentos e técnicas de caráter qualitativo, assim, recorreremos ao uso de entrevistas semi-estruturadas, observação sistemática, diário de campo e levantamento documental, dentre outros instrumentos utilizados pelo Serviço Social. A pesquisa se deu no ISEA, onde foi realizado o estágio supervisionado de campo.

É importante ressaltar que todos os comentários e análises que buscamos fazer em torno da prática do Serviço Social no ISEA, esteve subsidiada pela literatura pertinente a área de Serviço Social, respaldando-se ainda na Resolução 196/96 que dispõe sobre a ética na pesquisa.

## 4.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA

De acordo com a pesquisa realizada, evidenciou-se que a totalidade das entrevistadas, concluiu sua formação superior há mais de quinze anos, cuja formação ocorreu na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), sendo que apenas 10% das entrevistadas, possuem curso de pós-graduação.

As demandas dirigidas ao Serviço Social exigem cada vez mais um profissional qualificado, pois as atividades de qualificação e formação profissional visam o aprimoramento tendo como objetivo a qualidade dos serviços prestados, pois conforme afirma Yamamoto (1998, p. 145):

A afirmação de um perfil profissional propositivo requer um profissional de novo tipo, comprometido com sua atualização permanente, [...] profissional que também seja um pesquisador, que invista em sua formação intelectual e cultural [...]. É reconhecido que, na contemporaneidade, a profissão vivencia um redimensionamento teórico-metodológico e político, embora os profissionais que estão no exercício de sua prática, nem sempre vêm buscando requalificar-se.

Quanto à condição trabalhista estabelecida e a sua carga horária, a pesquisa revelou, que as entrevistadas indicaram uma carga horária suficiente de 20 horas semanais para desenvolver suas atividades e que o contrato de trabalho é no regime de funcionário público efetivo.

Quando indagada acerca das suas condições de trabalho as entrevistadas afirmam:

*As condições físicas são favoráveis, como também os recursos materiais (Entrevistada 1).*

*Tanto os recursos como as condições estabelecidas nos permitem nosso trabalho (Entrevistada 2).*

Este depoimento demonstra uma visão funcional-positivista, mas que difere da realidade institucional, pois de acordo com as observações realizadas. No entanto, tais profissionais estão portando uma prática Conservadora, estando contrária a posição que se busca no interior da profissão e na atualidade. Conforme nos coloca Yamamoto (2002, p. 20), uma prática conservadora pode ser concebida como:

O Serviço Social brasileiro, nas últimas décadas, redimensionou-se e renovou-se no âmbito da sua interpretação teórica-metodológica e política, num forte embate com o tradicionalismo profissional e seu lastro conservador, adequado criticamente a profissão às exigências de seu tempo, qualificando-a academicamente, como revele a produção acumulada nas últimas duas décadas do século anterior.

Conforme a fala das entrevistadas, segue as principais demandas:

*Acompanhantes para ás pacientes; autorização para alimentação das acompanhantes; autorização para entrada das visitantes e visita domiciliar (Entrevistada 1).*

*São pacientes; as acompanhantes; os visitantes; as orientações sobre óbitos, palestras, etc. (Entrevistada 3).*

Podemos perceber nas falas das entrevistadas que algumas demandas postas ao Serviço Social, como: entrega de fichas para almoço, autorizar visitas, entre outras. Dessa forma, o assistente social fica sobrecarregado e ao mesmo tempo impossibilitado de desenvolver suas atividades, pois conforme os Parâmetros para a Atuação do Serviço Social na Saúde (2009) no espaço hospitalar competem ao serviço social: atendimentos aos usuários trabalham em equipe, sócio-educativo, assistencial; mobilização, participação e controle social; planejamento e gestão, assessoria, qualificação e formação profissional.

As atribuições colocadas nas falas anteriores das entrevistas reforçam “talvez” essa percepção. Acerca das competências inerentes ao Serviço Social:

*[...] Vê como um profissional disponível e capaz de realizar ações educativas, de promoção á saúde das usuárias da instituição (Entrevistada 1);*

*[...] Vê como elo para resolver problemas, que algumas vezes não é nossa atribuição (Entrevistada 3).*

Nessa perspectiva, podemos observar nos depoimentos que a instituição muitas vezes contempla o profissional de Serviço Social, como um profissional disponível e apto para resolver problemas de diversos interesses. Porém, é relevante destacar que esta auto imagem da profissão encontra-se enraizada nos fundamentos e modo de ser que marcam o surgimento da profissão, como bem coloca Iamamoto (2002): o ponto de partida para análise do Serviço Social é de que a profissão é tanto um dado histórico, indissociável das particularidades

assumidas pela formação e desenvolvimento da sociedade brasileira no âmbito da divisão internacional do trabalho.

No que diz respeito á necessidade, de uma prática propositiva do Serviço Social na instituição, não se percebe a existência desta no desenvolvimento das ações, que se refere á criação de programas e projetos desenvolvidos pelos(as) assistentes sociais. Como se vê:

*Sim, exerce um trabalho de prevenção (Entrevistada 2).*

*Sim, voltado para orientar a demanda interna que são as pacientes e acompanhantes (Entrevistada 3).*

Entende-se que não existe, por parte dos(as) assistentes sociais, um projeto definido e claro. Embora a instituição desenvolva alguns programas e projetos em que ocorre a participação do Serviço Social, entretanto, a criação destes não foi de iniciativa específica deste setor.

Quando questionadas sobre o nível de conhecimento acerca dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, elaborado pelo CFESS. Os depoimentos afirmaram que:

*Os Parâmetros teoricamente são perfeitos, mas infelizmente nos deparamos com entraves administrativos e até mesmo culturais, que dificultam ou impede a sua efetividade (Entrevistada 1).*

*Os Parâmetros são adequados e importantes para um melhor aprimoramento da prática do assistente social (Entrevistada 3).*

Vale destacar, que em outros depoimentos as referidas profissionais afirmam que:

*A prática desenvolvida não se dá de acordo com os Parâmetros, porque na maioria da realidade profissional não é possível desenvolver ações devido ás decisões políticas e a falta de recursos materiais e financeiros (Entrevistada1).*

*Não, porque na verdade a prática difere um pouco dos Parâmetros. Porque, esbarramos em limites institucionais, ou seja, em determinadas normas existentes no contexto (Entrevistada 3).*

Dessa forma, observamos que há uma contradição entre o conhecimento e a prática no cotidiano. Dentro dessa perspectiva, vale também considerar a necessidade da construção de um saber qualificado, enquanto suporte em condição fundamental para enfrentamento dos

desafios cotidiano, posto a prática profissional. Como afirma Iamamoto (1998) e Netto (1996), uma vez que esses autores concebem que diante dos desafios é imprescindível que o profissional de Serviço Social tenha competência teórica-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

Os depoimentos a respeito das contribuições do Serviço Social na instituição revelam que:

*[...] ações educativas, visitas domiciliares, contatos institucionais e agilizar acompanhantes (Entrevistada 1);*

*Contribuímos para manter a ordem, a satisfação, os direitos e também os deveres dos usuários e familiares, através da comunicação (Entrevistada 3).*

As entrevistadas acima expostas apontam a existência de ações isoladas e assistemáticas, que promovem encaminhamentos, orientações, aconselhamentos e apoio sobre problemas de saúde com fim em si mesmo na medida em que essas ações não estão articuladas a programas e projetos que atingem ou absorvam suporte contínuo as demandas explícitas por atenção á saúde.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A experiência que tivemos enquanto estagiários de Serviço Social no ISEA, significou um momento indispensável para nossa formação profissional. Considerando que nosso objeto de estudo esteve voltado para a análise da prática profissional do Serviço Social na área da saúde, tendo como reflexão os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Tal experiência junto a referida instituição, nos possibilitou através da relação teoria-prática a compreender questões importantes que perpassam os espaços ocupacionais do Serviço Social.

As leituras realizadas e os resultados da pesquisa, nos apontam uma série de questões desafiadoras para o Serviço Social.

As questões norteadoras da pesquisa foram confirmadas, pois constatamos nas falas das entrevistadas que desconhecem os Parâmetros e que o Serviço Social tem suas práticas limitadas. Em decorrência tanto de aspectos objetivos quanto subjetivos. Portanto, faz-se necessário clareza teórica e estratégia política para se avançar na legitimação da profissão na sociedade e na ampliação dos espaços ocupacionais do assistente social.

Para Yamamoto (2000, p. 37):

É preciso que o assistente social procure lutar para alcançar novas bases de legitimidade da ação profissional e, reconhecendo as contradições sociais presentes nas condições do exercício profissional, busque colocar-se, objetivamente a serviço dos interesses dos usuários.

É a capacitação permanente que possibilita ao profissional romper com a prática rotineira, acrítica, burocrática, e buscar, a partir da investigação da realidade, a reorganização da sua atuação, a luz dos referenciais teóricos e políticos hegemônicos na profissão, previstos na legislação, e no projeto ético-político, que não permite o profissional de Serviço Social se tornar um mero executor de políticas públicas, mas um profissional crítico, propositivo e comprometido com o Código de Ética e projeto ético-político (CFESS, 2009).

Portanto, de acordo com Yamamoto (2002), o desafio é apropriar-se dos espaços ocupacionais, orientando a atuação segundo os princípios ético-político da profissão. Isto requer incluir a investigação enquanto componente fundamental do exercício profissional, condição para o desvendamento da realidade para propor alternativas de ação compatíveis com as necessidades e interesses dos(as) usuários(as).

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Selma. M. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001, p.36.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência**: estudo de política social. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com alterações adotadas pelas emendas constitucionais nº 1/92 a 67/2010 e pelas emendas constitucionais de revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, 2011.

BRAVO, M. I. S. ; MATOS, Maurílio Castro de; ARAÚJO, Patrícia Simone Xavier de (Orgs.). **Capacitação para conselheiros de saúde**: textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 2001.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

BRAVO, Maria. Inês. Souza. A política de saúde no governo Lula: algumas reflexões. **Revista Inscrita**, Brasília, n. 9, 2004.

BRAVO, Maria. Inês. Souza. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, Maria. Inês. Souza. Superando desafios: o serviço social na saúde na década de 90. **Revista Superando Desafios**, Cadernos do Serviço social do HUPE, Rio de Janeiro, n. 3, 1998.

CARVALHO, Antonio. I. de. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social.** Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na Saúde.** Brasília: CFESS, 2009.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Resolução CFESS nº. 273/93, de 13 março 1993. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 60, de 30 mar. 1993.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo, 1995.

SCOREL, S. **Saúde pública utopia de Brasil.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

SCOREL, S; NASCIMENTO, D. R. do; ELDER, F. C. **As origens da reforma sanitária e do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p.63.

SCOREL, Sarah. **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1993.

FALEIROS, V. P. **A previdência social, o estado e as forças sociais: a previdência social em crise.** Brasília, 1995.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1989.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 1998.

IAMAMOTO, M. V. **Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do(a) assistente social na atualidade.** In: CFESS. Atribuições privativas do(a) assistente social: em questão. CFESS, Brasília, 2002.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no serviço social.** 5.ed. São Paulo: Cortez, 2000.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: instituição, estratégia e hegemonia.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas no Brasil de “transição democrática”: anos 80. **Physis**, Revista de Saúde Coletiva, v. 1, n. 1, 1991.

MATOS, M. C. O debate do serviço social na saúde nos anos noventa. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 74, 2003.

MENDES, Eugenio. Vilaça. **Saúde, cidadania e políticas sociais neo-liberais**. Belo Horizonte, 1999.

MENDES, Eugenio. Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

NETTO, J. P. **Ditadura e serviço social**. São Paulo: Cortez, 1994.

NETTO, J. P. Transformações societárias e serviço social: nota para uma análise perspectiva da profissão no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 17, n. 50, abr. 1996.

OLIVEIRA, J. A. A; TEIXEIRA, F. S. M. **Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1986.

SOARES, L. T. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2000.

TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989.