



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

MAGNO DA NÓBREGA LISBOA

**A CONTRIBUIÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO NO DIREITO À SAÚDE**

**CAMPINA GRANDE – PB
2014**

MAGNO DA NÓBREGA LISBOA

**A CONTRIBUIÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO NO DIREITO À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado ao Departamento de
Serviço Social da Universidade Estadual
da Paraíba (UEPB), como requisito para
a obtenção do título de Bacharel em
Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alessandra Ximenes da Silva

**CAMPINA GRANDE – PB
2014**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

L769c Lisboa, Magno da Nóbrega

A contribuição profissional do serviço social no Hospital
Universitário Alcides Carneiro no direito à saúde [manuscrito] /
Magno da Nóbrega Lisboa. - 2014.

55 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais
Aplicadas, 2014.

"Orientação: Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva,
Departamento de Serviço Social".

1. Direito à saúde. 2. Serviço social. 3. Sistema Único de
Saúde. 4. Política de saúde. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

MAGNO DA NÓBREGA LISBOA

**A CONTRIBUIÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO NO DIREITO À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado ao Departamento de
Serviço Social da Universidade Estadual
da Paraíba (UEPB), como requisito para
a obtenção do título de Bacharel em
Serviço Social.

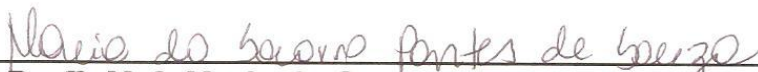
Aprovada em 22 de avril de 2014.

NOTA: 9,5.

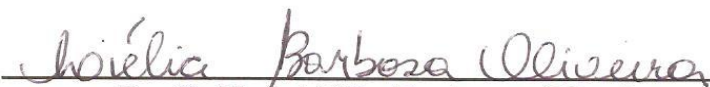
BANCA EXAMINADORA



Profª. Drª. Alessandra Ximenes da Silva
DSS – CCSA – UEPB
(Orientadora)



Profª. Msª. Maria do Socorro Pontes de Souza
DSS – CCSA – UEPB
(Examinadora)



Profª. Msª. Liélia Barbosa Oliveira
DSS – CCSA – UEPB
(Examinadora)

Dedico a conclusão deste Curso de Serviço Social pela UEPB, bem como o título de Assistente Social, à minha mãe Lúcia, ao meu pai “Zezão” (*in memoriam*) e à minha avó Maria da Paz (*in memoriam*), que foram os alicerces de minha vida e incentivo acadêmico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, sob modo incondicional, a conclusão deste Curso de Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), a Deus Todo Poderoso, que me guiou e trilhou o meu caminho para a conquista de tão desejado curso. Que de forma divina fez com que me inscrevesse no vestibular para este curso, faltando apenas alguns dias para a realização das provas. Que me concedeu a graça de graduar em dois cursos ao mesmo tempo nesta referida instituição universitária pública, uma vez que conquistar uma vaga numa universidade é privilégio de poucos neste país, e me fez realizar duas graduações, mesmo residindo em município distante, na qual jamais imaginei cursar duas graduações ao mesmo tempo. Agradeço pelas dificuldades enfrentadas, pelos obstáculos vencidos para cumprimento destas duas graduações – Letras e Serviço Social. Louvo ao Senhor, também, por acostumar-me com a sobrecarga, após a conclusão do Curso de Letras, poder realizar um Curso de Especialização nesta universidade, conciliando novamente com este amado Curso de Serviço Social. Assim, fui me acostumando e realizando outros Cursos de Especialização. Dou graças pela realização de tão sonhada formatura para este curso. Foi tudo divino e maravilhoso, inesquecível. Agradeço por todas as dádivas obtidas. Obrigado, Senhor Deus!

Agradeço a importância de Maria Santíssima, mãe de Jesus Cristo que sempre foi minha medianeira nas orações e intercessões, iluminando e protegendo meu caminho, como também ao meu Anjo da Guarda, meu protetor e a Santo Expedito, que tenho estimada devoção, bem como todos os anjos e santos que são meus fortalecedores nesta caminhada.

Agradeço a minha mãe Maria Lúcia da Nóbrega, grande guerreira e heroína, que, apesar das dificuldades vivenciadas doou-se por inteiro para o alcance e cumprimento de meus objetivos e metas, seja nas despesas alusivas ao curso, nas despesas de estadia em Campina Grande para conciliação das duas graduações, nas passagens para cumprimento do estágio supervisionado e eventos acadêmicos, seja na correria em deixar tudo pronto ao meu alcance, como comida entre outros fatores, nas quais se não fosse ela eu não estaria concluindo esta graduação. Agradeço por sempre estar ao meu lado, apoiando-me em todas as minhas decisões, dificuldades e

conquistas. Agradeço por seu meu rochedo, minha aliada, minha medianeira. Não tenho palavras para agradecer-te. Obrigado, Mainha!

Agradeço ao meu pai José Antônio da Nóbrega (*in memoriam*), que participou do início deste Curso de Serviço Social, que sempre fez questão em me apoiar nos meus estudos para meu crescimento como ser humano, que sempre me incentivou no caminho para o estudar. Na conclusão deste Curso de Serviço Social, jamais esquecerei as lágrimas por ti derramadas quando soube de minha aprovação para esta desejada graduação. Jamais esquecerei todo o seu apoio até o seu último dia de vida terrena, uma vez que fizeste questão de custear o início de minhas despesas para moradia em Campina Grande para cumprimento de minhas duas graduações.

Agradeço também a minha avó Maria da Paz Nóbrega (*in memoriam*), que junto aos meus pais foi um dos pilares de meu crescimento intelectual, educacional, acadêmico e pessoal. Sinto muito a falta de teu colo a me afagar quando eu mais necessitava. Fostes um grande apoio na minha existência e nas minhas conquistas. Sinto falta quando nos momentos de dificuldades escolares, eu pedia as tuas orações para que tudo fosse solucionado.

De fato, tenho plena certeza de que ambos estão participando ativamente de minhas conquistas e que estão felizes e satisfeitos com mais uma conquista alcançada, afinal sou a continuidade do brilho de vocês, pai e avó. Minha gratidão por vocês é imensa. Muito obrigado, Painha e Vovó!

À Cícero Batista Filho e a Kátia Bezerra da Silva que, devido a amizade existente durante a fase de pré-universitário, me cederam mais uma vez sua residência para a realização das provas do vestibular para este curso de graduação. A vocês meus sinceros agradecimentos.

À Professora Orientadora deste Trabalho de Conclusão de Curso Dr^a. Alessandra Ximenes, que aceitou orientar meu trabalho em meio aos seus compromissos acadêmicos. A Você, Alessandra, dedico toda minha gratidão pela dedicação, presteza, afincos e paciência com meu trabalho. Muito obrigado, Alessandra!

À primeira Professora da Banca Examinadora Ms^a. Socorro Pontes, que é um exemplo de doçura e amabilidade, bastante atenciosa e compreensiva, que tornou-se uma inesquecível professora durante o projeto de extensão na qual participamos juntos.

Socorro, seu auxílio nesta fase foi imprescindível para meu cumprimento acadêmico. Saiba que serás minha inspiração enquanto profissional do Serviço Social, devido sua personalidade marcante.

À segunda Professora da Banca Examinadora Ms^a. Liélia Barbosa, que será um exemplo acadêmico a ser seguido por mim, minha fonte de inspiração para ingresso em novos patamares acadêmicos. Um exemplo de academicismo, diplomacia e supremacia intelectual. Tenho orgulho em ter sido seu companheiro no caminho intelectual do Serviço Social desta Universidade.

De fato, as sugestões e avaliações de Socorro Pontes e Liélia Barbosa, serão grandiosas e de suma relevância para a concretização deste trabalho que coroa o meu crescimento intelectual. Como também o término de mais uma conquista em minha vida.

Ao Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), pela oportunidade concedida para realização do estágio supervisionado.

À Thereza Karla de Souza Melo por toda dedicação e atenção na resolução de aspectos burocráticos relacionados ao Curso de Serviço Social.

Aos dedicados professores do Curso de Serviço Social pela contribuição em nossa formação acadêmica e profissional.

Aos colegas da Turma que Arrasa, pela parceria e companheirismo vividos nestes cinco anos de graduação, na qual não nos tornamos apenas colegas e amigos e, sim, uma família. Foi a melhor turma que estudei até este belo momento.

À Alcione Ferreira, colega de turma que nos aliamos em prol das parcerias nos congressos e que me deu incentivos para caminhar juntos no rumo para a Pós-Graduação. Nossas “trucadas” acadêmicas serão inesquecíveis.

Ao motorista do transporte universitário da cidade na qual resido (Juazeirinho – PB) Armênio Maciel da Costa, que por incontáveis vezes o telefonava pedindo para me esperar, para não perder aulas. Diversas vezes, sem avisá-lo esperava eu chegar para sair rumo a este campus. Sempre foi amigo, prestativo e compreensivo.

Aos motoristas anônimos que me deram caronas para que pudesse cumprir o estágio supervisionado. Agradeço pela confiança e percepção de nossos esforços e sacrifícios.

Às amigas Rosângela Avelino Casulo, Lucilene Colaço e Roberta Marques que foram minhas companheiras de inúmeras caronas.

Às amigas Claudia Maria e Heloisa, que tornaram-se inesquecíveis na inscrição do vestibular para este curso, visto que fomos de carona efetuar nossas inscrições.

Ao motorista desconhecido que nos deu esta referida carona para realização da inscrição do Vestibular 2009 da UEPB.

Aos amigos que compartilharam comigo, de coração aberto, os momentos de celebração de minha tão sonhada formatura.

À todos que de algum modo contribuíram para a conquista de mais um objetivo que hoje se concretiza.

Portanto, dentre estes fatores citados, só resta expressar a minha gratidão incondicional.

Muito obrigado a todos!

RESUMO

Este trabalho é fruto da inserção no estágio supervisionado em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, no Hospital Universitário Alcides Carneiro e apresenta como objetivo geral analisar a contribuição do Serviço Social na referida instituição hospitalar, na perspectiva de viabilizar o direito à saúde dos cidadãos e como objetivos específicos apresentar as atribuições do Assistente Social na instituição hospitalar frente aos serviços existentes na mesma e identificar quais são as demandas existentes para a atuação do profissional do Serviço Social no âmbito hospitalar. Tal Trabalho de Conclusão de Curso consiste numa pesquisa documental e bibliográfica, tendo sido utilizado ainda a observação participante como instrumento de coleta de dados. Para tanto, tomando como base as contribuições teóricas de Bravo (2007), Costa (2006), Vasconcelos (2006), Paim (2013) dentre outros autores que realizam suas abordagens acerca da política de saúde e o Serviço Social nela inserida. O presente trabalho de cunho monográfico procurou trazer algumas reflexões sobre a institucionalização do Sistema Único de Saúde através das lutas ocorridas com a Reforma Sanitária, a inserção dos Assistentes Sociais na política de saúde, bem como a prática do Serviço Social na viabilização dos direitos sociais dos cidadãos no acesso aos serviços de saúde, como também a atuação do Serviço Social no Hospital Universitário Alcides Carneiro. O trabalho revelou a contribuição significativa do Serviço Social na referida instituição na perspectiva de viabilizar o direito à saúde.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Serviço Social. Sistema Único de Saúde. Política de Saúde.

ABSTRACT

This work is the result of insertion supervised in Social Work from the State University of Paraíba, in the University Hospital Alcides Carneiro and has as main objective to analyze the contribution of social work in that hospital, in view of facilitating the right to health of citizens and specific objectives submit the assignments of the social worker in the hospital compared to the existing services in the same and identify which are existing for the professional practice of social work in hospitals demands. This Labor Completion of course is a documental and bibliographic research, and even participant observation as the data collection instrument was used. To do so, based on the theoretical contributions of Bravo (2007), Costa (2006), Vasconcelos (2006), Paim (2013) among other authors who perform their approaches to health policy and Social Work inserted therein. This work sought to bring monographic imprint some reflections on the institutionalization of National Health System through the struggles that occurred with Health Reform, the inclusion of social workers in health policy and practice of social work in enabling the social rights of citizens in access to health services, as well as the role of Social Work at the University Hospital Alcides Carneiro. The study revealed the significant contribution of social work in that institution from the perspective of facilitating the right to health .

Keywords: Right to Health. Social Service. Unified Health System. Health Policy.

LISTA DE SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CAESE – Centro de Assistência Especializada de Saúde e Ensino
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HUAC – Hospital Universitário Alcides Carneiro
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IPASE – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Servidores do Estado
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MEC – Ministério de Educação
NOAS – Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB-SUS – Normas Operacionais Básicas do SUS
PSF – Programa Saúde da Família
SAMU – Serviço Móvel de Urgência
SEMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TFD – Tratamento Fora de Domicílio
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família
UEPB – Universidade Estadual da Paraíba
UFCG – Universidade Federal de Campina Grande
UFPB – Universidade Federal da Paraíba
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O DIREITO À SAÚDE	14
3. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE	25
3.1 Breve contextualização histórica do Serviço Social no âmbito da saúde	25
3.2 A atuação profissional do Serviço Social frente aos desafios na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS)	28
4. A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO (HUAC)	33
4.1 Caracterização da instituição hospitalar	33
4.2 O Serviço Social no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC)	36
4.3 O Serviço Social e sua atuação junto aos usuários do HUAC: desafios e possibilidades na efetivação do direito à saúde	46
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
6. REFERÊNCIAS	54

1. INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil é fruto das lutas históricas dos movimentos sociais em busca de diversos processos societários, principalmente no que concerne a década de 1980 na qual houve o processo de redemocratização das políticas sociais no país com o rompimento da ditadura militar instalada no Brasil. Através de tal redemocratização em prol de uma sociedade democrática houve a promulgação da Constituição Federal de 1988, no sentido de proporcionar a plena efetivação dos direitos sociais do cidadão e dever do Estado, sobretudo no que diz respeito à universalização do acesso aos serviços de saúde com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS).

O presente Trabalho de Conclusão de Curso é resultado da inserção em campo de estágio supervisionado do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), no período de maio de 2012 à setembro de 2013 e teve como objetivo analisar a contribuição do Serviço Social no HUAC na perspectiva de viabilizar o direito à saúde, demonstrar as atribuições do Assistente Social na instituição hospitalar frente aos serviços existentes na mesma e identificar quais são as demandas existentes para a atuação do profissional do Serviço Social no âmbito hospitalar.

Para tanto, este trabalho traz suas contribuições na medida em que irá tecer algumas reflexões teóricas acerca das lutas que ocorreram no Brasil para que a saúde pudesse ser um direito igualitário de todos e dever do Estado na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e a prática dos Assistentes Sociais frente à política de saúde em consonância com as diretrizes do SUS.

O referido trabalho monográfico trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, tendo também utilizado como instrumento de coleta de dados a observação participante. Para tanto, utiliza como embasamento teórico as contribuições bibliográficas de Bravo (2007), Costa (2006), Vasconcelos (2006), Paim (2013), levando-se também em consideração os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010) dentre outros autores que tratam tanto sobre a saúde no Brasil, quanto da prática do Serviço Social no referido setor.

De início far-se-á uma abordagem acerca do surgimento do SUS que fora fruto de lutas com a finalidade de proporcionar melhores serviços na área de saúde para os cidadãos como garantia de direitos. Em seguida, será feita uma contextualização histórica da inserção do Serviço Social no âmbito da saúde. Posteriormente discutirá a prática dos Assistentes Sociais diante dos desafios para implementação do SUS e, por último, enfoca a prática profissional do Serviço Social no Hospital Universitário Alcides Carneiro do município de Campina Grande – PB.

2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O DIREITO À SAÚDE

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a saúde é preconizada como direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário às ações e serviços de proteção, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988). Estabelece no Sistema Único de Saúde (SUS) a descentralização político-administrativa com direção única nas três esferas do Governo Federal, Estadual e Municipal, com atendimento integral, com prioridade para os serviços preventivos sem prejuízo dos serviços assistenciais, bem como a participação da comunidade no controle social.

No tocante à realidade do sistema de saúde, Paim (2009) afirma que consiste num conjunto de agências (instituições e empresas) e agentes (profissionais da saúde) cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde da população. A este respeito, faz-se necessário afirmar que o sistema de saúde é constituído de estabelecimentos e serviços pertinentes a várias organizações públicas e privadas, com finalidades lucrativas ou não. Além dos serviços de saúde, na qual o sistema de saúde é integrado, têm-se também a mídia, as escolas, indústrias de equipamentos e de medicamentos, institutos de pesquisa, universidades dentre outros. Para Paim (2009), os sistemas de saúde, conforme o tipo de proteção social adotados em todo o mundo, existem três tipos que se destacam, tais como: a seguridade social, o seguro social e a assistência.

Rezende e Cavalcanti (2006), afirmam que o SUS foi regulamentado por duas Leis Orgânicas: a Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90. No ano de 1990, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta pelas leis anteriormente mencionadas, nas quais têm como princípios a universalidade, integralidade e equidade, reafirmou a necessidade de progredir no procedimento de pactuação, instituindo o SUS, presumido na Constituição, transferindo o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para o Ministério da Saúde reforçando a importância dos municípios na prestação de serviços de saúde. Faz-se importante enfatizar que a operacionalização do sistema e a relação entre as instâncias do SUS foram tratadas nas Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS) e nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), estas últimas, por sua vez abordam a regionalização da assistência.

Para Bravo (2006), a Constituição Federal de 1988:

Inaugura um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social que universaliza os direitos sociais, concedendo a Saúde, a Assistência Social e a Previdência como questão pública de responsabilidade do Estado (BRAVO, 2006, p. 88).

Através da descentralização do SUS, conforme o que preconiza a Constituição Federal de 1988, cabe a União formular, planejar, normatizar, avaliar e controlar as políticas nacionais de saúde; aos Estados, a formulação, a coordenação e o planejamento da política estadual de saúde, além de promover a descentralização, suporte técnico e financeiro para os municípios; aos Municípios, cabe a formulação e o desenvolvimento das ações da política municipal de saúde e seus serviços prestados nos municípios.

No que concerne às atribuições e objetivos do SUS, conforme o que preconiza a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, através do artigo 5º, são os seguintes:

- I. A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II. A formulação de política de saúde destinada a promover ações nos campos econômico e social;
- III. A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das atividades preventivas (BRASIL, 1990, art. 5).

Vale salientar que além destes fatores acima elencados, o SUS atua no controle e execução das ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de assistência terapêutica, de saúde do trabalhador dentre outros, visando a organização e o funcionamento dos serviços, moldando uma nova forma de atenção à saúde.

No tocante aos aspectos legais da política de saúde no Brasil, a LOS nº 8.080/90, através do artigo 7º, em conformidade com o artigo 198 da Constituição Federal de 1988, preconiza os seguintes princípios: a universalidade, a integralidade, a preservação da autonomia das pessoas, a descentralização e a participação da comunidade.

Paim (2013) em seu artigo sobre os 25 anos do SUS enfatiza que a Constituição Federal de 1988 incorporou um entendimento de seguridade social como expressão dos direitos sociais intrínsecos à cidadania, unificando saúde, previdência e assistência social. A este respeito cabe ressaltar que

assimilando proposições formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira reconheceu o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público, participativo, descentralizado e integral (PAIM, 2013, p. 1928).

De acordo com o referido autor, as políticas de saúde integram as políticas sociais, da mesma forma que o sistema de saúde é um dos elementos dos sistemas de proteção social, que por sua vez apóia-se em estudos acerca da origem das políticas públicas.

Dentre os diversos princípios direcionados para a descentralização, atendimento integralizado e participação social cidadã, nas quais são as condicionalidades preconizadas pelo SUS, Bravo e Pereira (2001) enfatizam que

apesar da consolidação do conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado e das conquistas jurídico-institucionais, a política de saúde no Brasil, a partir dos anos 1990, passa por momentos distintos pós-Reforma Sanitária. Num primeiro momento, as proposições de saúde como direito social e o SUS são questionados pela ideologia conservadora e, num segundo, aparecem propostas de normatizações visando consolidar a contra-reforma (BRAVO; PEREIRA, 2001, p. 197-198).

Diante deste contexto de mudanças nas proposições da Reforma Sanitária, Bravo e Pereira (2001) afirmam que ocorre a gênese de dois projetos societários e antagônicos, nas quais têm repercussões em várias áreas ligadas com as políticas sociais, principalmente no que tange à saúde, com ênfase no projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista.

A Reforma Sanitária, segundo Bravo (2007) tem como primazia a universalização das políticas sociais a garantia dos direitos sociais sendo pautados na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, posteriormente,

pela saúde, enfocando a participação da população no controle social, através dos conselhos e conferências de saúde, propondo uma relação diferenciada do Estado com a sociedade. Dessa forma, a autora afirma que a proposta da Reforma Sanitária destaca-se:

a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho; a importância dos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde, através da construção do SUS, em consonância com os princípios da integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde e financiamento efetivo do Estado (BRAVO, 2007, p. 132).

Já no que concerne ao Projeto Privatista, Bravo (2007) enfoca que é pautado na política neoliberal, uma vez que tem como tendências focalizadoras para a diminuição de gastos, a descentralização com insenção de responsabilidade do poder central e a focalização, ficando o Estado com o papel de garantir o mínimo aos que não podem pagar, deixando para o setor privado o atendimento de melhor qualidade aos cidadãos consumidores. A este respeito, a supracitada autora enfatiza as principais características que são: “o caráter focalizado para atender as populações vulneráveis, a privatização dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso” (BRAVO, 2007, p. 130).

Bravo (2006), afirma que o projeto neoliberal que avança a partir deste contexto anteriormente citado põe em risco todas as conquistas legais e institucionais ocorridas nos anos de 1980. Segundo a autora, a partir da agressão neoliberal, as dificuldades de operacionalização do SUS são inúmeras. Percebe-se o crescimento do âmbito privado e a saúde passa a ser observada como uma mercadoria e não como direito da coletividade, conforme preconiza a Constituição Federal de 1988. Diante desta hegemonia neoliberal, ocorre a “redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação” (BRAVO, 2006, p. 100).

Vale ressaltar que, através desta política de ajuste neoliberal, ocorre uma desestruturalização da proposição da política de saúde que fora alicerçada na década

de 1980, deixando a saúde sob a responsabilidade do mercado privatista, enfocando as parcerias com a sociedade civil, para assumir os custos da crise. Ocorre também a ênfase na filantropia com a finalidade de reduzir os gastos. Estes fatores foram condicionantes para o SUS, tendo em vista que, devido as afirmativas de apoio a este, ocorreu o descumprimento da legalidade e uma omissão da União quanto a regulamentação e fiscalização das ações de saúde. Isto comprometeu a possibilidade de avanço do SUS como política social. Diante disto, Bravo (2006) destaca os seguintes aspectos, tais como:

o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde, ou contra-reforma, era de dividir o SUS em dois – o hospitalar e o básico (BRAVO, 2006, p. 100-101).

Bravo (2006), enfatiza que o projeto de Reforma Sanitária apresenta como uma de suas estratégias o SUS, uma vez que foi fruto de lutas e mobilizações dos profissionais ligados a área da saúde em consonância com os movimentos populares. Segundo a autora, no tocante a realidade da universalização de direito, na qual é um dos parâmetros principais do SUS e existente no projeto de Reforma Sanitária, foi um dos fatores que têm provocado resistência dos idealizadores do projeto privatista. A autora destaca que “esse projeto tem como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico” (BRAVO, 2006, p. 101-102).

Rezende e Cavalcanti (2006), ressaltam que o Movimento Sanitário além de ser composto por profissionais da saúde e sociedade civil, como foi abordado, contou também com a participação de pesquisadores e representantes de instituições, que por sua vez foi o responsável pela politização da função da saúde, bem como de seus estabelecimentos na sociedade e por concretizar a definição ampliada de saúde na VIII Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986. Diante disto,

a saúde passou, então, a ser definida como produto das condições objetivas de existência e resultado das condições de vida – biológica, social, econômica, cultural, particularmente das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza por meio do trabalho. Essa noção de saúde reconhece que as formas concretas de vida em sociedade são também decorrentes da organização das relações sociais de produção e, conseqüentemente, da inserção dos cidadãos no sistema e de como se mantêm e se reproduzem socialmente (REZENDE; CAVALCANTI, 2006, p. 70).

Conforme esta afirmação explicitada, pode-se afirmar que o conceito de saúde é apreendido como dimensão fundamental da qualidade de vida e um fator imprescindível para o desenvolvimento da realidade social, econômica, como também pessoal. Sendo assim, cabe ressaltar que o entendimento ampliado de saúde apresenta a sua política como um direito social, universal e atributo de cidadania percebida como “direitos históricos, que emergem gradualmente das lutas que o homem trava por sua própria emancipação e das transformações das condições de vida que essas lutas produzem” (REZENDE; CAVALCANTI *apud* BOBBIO, 1972, p. 102).

Torna-se mister destacar que a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, representou um “marco histórico mais importante na trajetória da política de saúde neste país” (BRAVO, 2009, p. 32), uma vez que colocou no cenário brasileiro da discussão da saúde a sociedade, ou seja, os debates sobre a saúde assumiram outra dimensão com representações da sociedade civil, tais como: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais e parlamento. O relatório de tal Conferência serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal. No tocante a esta questão, Bravo (2006) enfoca que “a questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária” (p. 96).

Segundo Costa (2006) a partir da década de 1990, através da implementação do SUS, mudanças de ordem tecnológica, organizacional e política passaram a exigir formas inovadoras de organização do trabalho na saúde, determinadas pela hierarquização, descentralização e democratização do sistema, imprimindo novas características ao modelo de gestão, como também para os processos de trabalho, vindo a compor novas modalidades de cooperação, uma vez que, conforme Nogueira

(1991) *apud* Costa (2006) é caracterizada como modalidade “de cooperação horizontal e vertical”. De acordo com a autora

na realidade, a atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a incorporação de alguns mecanismos de “participação” da comunidade, não supera as contradições existentes, dentre as quais constam a exclusão, a precariedade dos recursos, a qualidade e a quantidade quanto ao atendimento, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa (COSTA, 2006, p. 41).

A este respeito, faz-se necessário afirmar que o conjunto das modificações não tem superado o modelo considerado por Costa (2006) como médico-hegemônico, tendo em vista que o sistema de saúde deveria articular suas ações junto às demais políticas sociais que intervêm nas condições de vida da população, como o saneamento, as condições de trabalho, a educação, a habitação entre outros.

No tocante ao Serviço Social, os dois projetos políticos e antagônicos em disputa no âmbito da saúde, ou seja, o projeto de Reforma Sanitária e o projeto Privatista, Bravo e Matos (2009) afirmam que apresentaram diferentes requisições para a profissão na década de 1990.

A respeito da Reforma Sanitária, de acordo com Bravo e Matos (2009), apresenta demandas para que os Assistentes Sociais trabalhem com as questões de:

busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde, com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO; MATOS, 2009, p. 36).

Sobre o projeto Privatista, os autores enfatizam que requisitou e vem requisitando aos profissionais de Serviço Social as demandas de:

seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismos através da ideologia do favor e do predomínio de abordagens individuais (BRAVO; MATOS, 2009, p. 36).

Quanto aos governos presidenciais do Brasil, pelas quais prestaram algumas contribuições consideráveis ao SUS, Paim (2013) destaca os respectivos Presidentes: José Sarney com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS); Fernando Collor na aprovação das Leis Orgânicas da Saúde; Itamar Franco na criação do Programa Saúde da Família (PSF), a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o avanço da descentralização; Fernando Henrique Cardoso na ampliação do PSF, implantação da política de medicamentos genéricos e organização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Luiz Inácio Lula da Silva na criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e implementação das políticas de saúde mental e bucal e Dilma Rousseff na regulamentação da Lei nº 8.080/90 e aprovação da Lei Complementar nº 141.

Porém, cabe destacar que nenhum destes Presidentes citados incorporou a Reforma Sanitária Brasileira como projeto de governo, tampouco demonstrou comprometimento demasiado com o SUS nos termos preconizados pela Constituição Federal de 1988.

Diante destas evidências, segundo Paim,

Ainda há muito o que fazer para tornar o SUS universal e público, bem como para assegurar padrões elevados de qualidade. Seus maiores desafios são políticos, pois supõem a garantia do financiamento do subsistema público, a redefinição da articulação público-privado e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde. [...] O subfinanciamento público, a persistência de desigualdades na oferta e a articulação público-privada prejudicial ao SUS impedem o cumprimento do que está estabelecido na Constituição, nas leis ordinárias, decretos e demais documentos (PAIM, 2013, p. 1933).

Com base no excerto acima, Paim (2013) afirma que não se vislumbra um cenário otimista para a sustentabilidade do SUS. Alguns desafios permanecem colocados para a Reforma Sanitária Brasileira, como também a consolidação do SUS, enquanto sistema de saúde público, universal, igualitário, integral e de qualidade.

Rezende e Cavalcanti (2006), abordam que apesar do SUS ser um marco legal no contexto da Seguridade Social, é uma ferramenta capaz de promover, preservar e recuperar a saúde individual e coletiva, a sua concretização apresenta algumas

dificuldades. No entanto, torna-se importante ressaltar que a conjuntura, na qual é desenvolvida o SUS, é essencial para a compreensão e superação das dificuldades encontradas.

No que se refere à política de saúde no Governo de Lula, este, por sua vez, significou um marco político na história da política brasileira, uma vez que pela primeira vez foi eleito “um representante da classe operária brasileira com forte experiência de organização política” (BRAZ, 2004, p. 49 *apud* Bravo, 2007, p. 134). Vale salientar que sua consagração eleitoral deu-se devido a reação da população brasileira contra o neoliberalismo implantado nos anos de 1990, vencendo um projeto político, que por sua vez não representava os interesses das classes dominantes.

De início sinaliza como um dos desafios a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária. De acordo com Bravo (2007), a análise da política aponta para a manutenção da disputa entre a Reforma Sanitária e a Privatista. “Em alguns aspectos o governo procura fortalecer o primeiro projeto e, em outros, o segundo. Evidencia-se que, em decorrência da falta de vontade política e do financiamento, o projeto privatista tem sido priorizado” (Bravo, 2007, p. 135). A autora ainda ressalta que a saúde durante a primeira gestão do Governo Lula, passou por impactos da política macroeconômica, as políticas sociais fragmentadas e subordinadas à lógica econômica e que as principais questões não foram enfrentadas, como: “a universalização das ações; o financiamento efetivo, a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de Medicamentos” (BRAVO, 2007, p. 137). Conforme estas afirmações

a análise que se faz após o primeiro governo Lula e os encaminhamentos do segundo mandato é que a disputa entre os dois projetos na saúde – existentes nos anos 1990 – continua. Algumas propostas procuram enfatizar a Reforma Sanitária, mas não tem havido vontade política e financiamento para viabilizá-las. O que se percebe é a continuidade das políticas focais, a universalização excludente, a não viabilização da Seguridade Social e a articulação com o mercado (BRAVO, 2007, p. 140).

De acordo com este excerto, pode-se afirmar que durante o Governo Lula, adotando como desafio o projeto ético-político da Reforma Sanitária manteve a

polarização entre esta e o Projeto Privatista, ou seja, em algumas proposições procurou o fortalecimento da Reforma Sanitária, em outras manteve o Projeto Privatista.

Bravo (2006), em relação ao Governo Lula no que tange à política de saúde, cita dois aspectos ocorridos durante a vigência de seu governo, tais como: aspectos de inovação e aspectos de continuidade.

Sobre os aspectos de inovação, destaca que ocorre o retorno da concepção da Reforma Sanitária, a escolha de profissionais da saúde que são favoráveis a tal Reforma para ocupação do Ministério da Saúde, as alterações na estrutura organizacional do referido Ministério, a realização da XII Conferência Nacional de Saúde realizado em dezembro de 2003, a participação do Ministro da Saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do referido Conselho (BRAVO, 2006).

Em relação a XII Conferência Nacional de Saúde, é de suma relevância destacar que teve como objetivo a definição de orientações para o plano plurianual de saúde e suas principais diretrizes para incorporação no sistema. Como ideia central foi abordada a necessidade de equacionar as reais situações problemáticas do SUS, com foco para os recursos humanos e qualidade dos serviços. Porém, tal Conferência não obteve repercussão como a teve VIII Conferência Nacional de Saúde.

Quanto aos aspectos de continuidade, da política de saúde dos anos de 1990, do Governo Lula, têm-se a centralização na focalização, precarização, terceirização dos recursos humanos, desfinanciamento e ausência de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social.

Posteriormente, após oito anos de mandato do Governo Lula, é eleita a primeira mulher à presidência da República Federativa do Brasil, Dilma Roussef, na qual apoiada pelo governo anterior, dá continuidade aos projetos políticos do Governo Lula. Nesse sentido, o referido governo é marcado pela continuidade da corrupção ocorrida no Governo Lula, como também das privatizações e conservadorismo. Faz-se necessário afirmar que as ações do Governo Dilma, além do foco na privatização das políticas, ocorre a manutenção do atual sistema econômico, com ênfase nas políticas e programas, parcerias do setor privado e a cooptação dos movimentos sociais. Dessa

forma, observa-se o condicionamento da lógica social à lógica econômica, com articulados procedimentos para combater a miséria (MORONI, 2011).

Tal conjuntura no Governo Dilma traz alguns desafios tal como a edição de medida provisória da Lei nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011 que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no âmbito dos hospitais universitários. Essa decisão fere frontalmente a autonomia universitária e traz grandes desafios para os profissionais da saúde e, conseqüentemente, para os profissionais do Serviço Social, uma vez que implicará em mudanças no regime de trabalho, como também em um novo direcionamento no âmbito dos hospitais universitários.

Sua lógica consiste na privatização concernente aos novos modelos de gestão, tendo em vista que a administração torna-se terceirizada, o atendimento aos usuários é através da lógica do mercado, bem como para o ensino e a pesquisa, ocorre a desvinculação dos HUs das suas universidades, ocorre também a redução do controle social entre outros aspectos. Diante disto, pode-se afirmar que a criação da EBSERH fere o princípio da política de saúde universalista como direito de todos e dever do Estado.

No próximo capítulo será abordado como se deu a inserção dos Assistentes Sociais na área da saúde e como este profissional tem sido importante para a consolidação do SUS como direito de cidadania em consonância com a Constituição Federal de 1988.

3. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

3.1 Breve contextualização histórica do Serviço Social no âmbito da saúde

Para a compreensão do significado da atuação profissional do Serviço Social no setor da saúde, torna-se mister enfatizar as determinações históricas ocorridas na saúde a partir do capital monopolista, como também a gênese do Serviço Social neste contexto de transformações.

Cabe destacar que, de acordo com Bravo (1996), o setor da saúde nos séculos XVIII e XIX nos principais países da Europa houve preocupação com a estruturação e a melhoria dos serviços de saúde, uma vez que, nesse sentido, surge a incorporação de outras categorias profissionais ligadas à saúde, além do médico, devido a importância econômica, política e social da questão. Durante esta época ocorre a expansão de cobertura dos segmentos das classes subalternas aos cuidados com a saúde, tendo maior ênfase com a saúde pública.

No tocante a questão do Serviço Social, este por sua vez, emerge como profissão no final do século XIX, na Europa. Destacando os aspectos socioeconômicos, surge nos Estados Unidos no início do século, com a implantação de profissionais do Serviço Social em vários estabelecimentos hospitalares, tendo como finalidade fortalecer a personalidade do enfermo e dar assistência aos Médicos em suas atividades (BRAVO, 1996).

A este respeito, os Estados Unidos, conforme a referida autora, torna-se o pólo referencial de práticas e concepções na área da saúde, bem como em outras áreas. Com a crise de 1929/1930 proporcionou a institucionalização dos serviços de saúde, no intuito de abranger o conjunto da população, tendo em vista que a teoria do bem-estar social preconizava o Estado a assumir função intervencionista e planificadora.

Durante este período, Bravo (1996) enfatiza que o Serviço Social passa a ter sua atuação nas unidades públicas, executando as políticas de saúde advindas do Estado. Tais profissionais apresentavam como finalidade o ajustamento do paciente para as instituições assistenciais e para as condições normais de vida do ser humano.

Faz-se importante enfatizar que com o término da Segunda Guerra Mundial, a saúde passa a preocupar-se com o âmbito da saúde pública se referindo para a assistência das populações assoladas pela citada guerra. Tal atitude foi desencadeada através das Nações Unidas. Desse modo, no tocante ao campo do Serviço Social, este por sua vez passa a desenvolver técnicas inovadoras com o objetivo de adaptar-se para as exigências do momento com ênfase para a investigação social, a fim de instrumentalizar os profissionais para a participação nas pesquisas médicas e sociais, como também a abordagem grupal com os pacientes, além do trabalho a ser realizado com as famílias (BRAVO; MATOS, 2009).

A partir da década de 1950, caracterizada pelo capitalismo monopolista, foi a época em que a intervenção estatal da economia tornou-se acentuada. Daí então surgem, principalmente do Estados Unidos, propostas de medicina integral, preventiva. Já nas décadas de 1960 e 1970, surgem as propostas de medicina comunitária e a integração docente e assistencial. Estes fatores, conforme Bravo e Matos (2009), são decorrentes da intervenção do Estado na esfera da atenção médica, da amplitude dos serviços embasados na tecnologia com o complexo médico-industrial.

Dessa forma, o Serviço Social assume uma postura de caráter desenvolvimentista, na qual era a ideologia da época vigente, valorizando a modernização, administração do bem-estar e planejamento com soluções para o equacionamento das questões emergentes. Vale ressaltar que o Serviço Social, enquanto profissão histórica e determinada, durante a década de 1960, sofre acentuadas modificações no pós-64, época em que houve rebatimentos na prática do Assistente Social na saúde, através de novas exigências advindas da política de saúde, além da reorganização institucional do setor (BRAVO; MATOS, 2009).

Bravo e Matos (2009) afirmam que na época do pós-64 que, por sinal, foi tida como uma fase autoritária e centralizadora, os Assistentes Sociais tiveram que adaptar-se a conjuntura vigente. No ano de 1966 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Serviço Social capacitou-se com o propósito de atender os novos desafios e dar assistência para os beneficiários incorporados na previdência sem alteração de forma de financiamento da referida instituição e da melhoria das condições de saúde.

No ano de 1972, foi aprovado o Plano Básico de Ação do Serviço Social na previdência, uma vez que tinha como intenção a definição da política de ação dos Assistentes Sociais. De acordo com Bravo (1996), tal Plano caracterizou o Serviço Social como uma das atividades fins da unidade, tendo como finalidade a mobilização das capacidades próprias dos indivíduos, grupos e comunidades, com foco na integralidade psicossocial dos beneficiários. Cabe informar que a programação do Serviço social foi balizada no referido Plano com um conjunto de normas mencionando os objetivos da clientela.

No que concerne para a assistência à saúde, foram destacadas as referidas ações: ênfase nos aspectos psicossociais e econômicos nas quais interferem no tratamento médico, bem como na manutenção dos benefícios, recuperação dos segurados incapacitados, ação unificada na clínica pediátrica centralizada nas questões psicológicas, econômicas e sociais, que, por sua vez, são responsáveis pelos índices agravantes de mortalidade infantil entre outros fatores. A este respeito, sob a influência da modernização operante no setor das políticas sociais, o Serviço Social na área da saúde, como também em suas instituições, sedimenta, assim, sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária, que tornou-se a grande empregadora de profissionais ligados à saúde.

Desta maneira, a prática profissional do Serviço Social era centrada nas técnicas metodológicas de intervenção, burocratização das tarefas, humanização das relações sociais e a doação de benefícios concedidos como doação e não direitos. Bravo (1996), afirma que a partir dos anos 1970, época na qual a recessão econômica provocou o aumento do desemprego, o crescimento dos movimentos sociais e com a crise do *Welfare State*, ocorreram alterações nas políticas de saúde, com a contenção das despesas, racionalização dos gastos, participação da população e promoção da saúde.

No que se refere aos Assistentes Sociais, estes destacaram a importância de não apenas executar, mas de participar na elaboração e processo de tomadas de decisões das políticas públicas sociais. Porém, a referida autora enfatiza que os profissionais continuavam distantes do aprofundamento teórico, metodológico e reflexivo ocorrido no Serviço Social a partir da expansão da intenção de ruptura com o Serviço Social tradicional. Com base nesse sentido, os aliados desta vertente não

definiram um novo padrão de intervenção profissional com estratégias teóricas, metodológicas e político-ideológicas que pudessem fazer com que o Serviço Social chegasse em outro nível, deslocando-o da execução terminal das políticas de saúde.

Vale ressaltar que, conforme Bravo e Matos (2009), a não participação na preparação das táticas tecidas pelos representantes do Movimento Sanitário acarretaram na eliminação de grande parte dos Assistentes Sociais no processo de reestruturação do âmbito da saúde, não participando plenamente, tampouco solicitados para colaborar nas alterações ocorrentes no aparelho do Estado.

Já na década de 1980, o Serviço Social passa por um processo de renovação crítica, no tocante a reconceituação profissional, junto com processo de redemocratização do Brasil que, por sua vez, resultou em intensos progressos na área da saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas conjunturas, rebatendo sob forma direta na prática profissional do Serviço Social, sendo exigido a construção de uma nova postura profissional direcionada à garantia dos direitos de cidadania da população.

3.2 A atuação profissional do Serviço Social frente aos desafios na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS)

É correto afirmar que a década de 1980 foi uma época em que houve uma acentuada reformulação na política brasileira, através de inúmeros movimentos sociais e lutas contra a ditadura militar. Tais aspectos ocorreram em busca de uma sociedade democratizada e na construção de um Estado democrático e de direitos que, por sua vez, no ano de 1988 foi promulgada a Constituição Federal que ocasionou, de fato, grandes transformações no âmbito das políticas sociais.

A este respeito, a saúde foi uma das políticas públicas que mais obteve avanços através da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que assumiu uma dimensão política e não apenas para o corpo técnico da área, ou seja, a saúde tornou-se uma política de participação democrática e cidadã.

No tocante à realidade do Serviço Social na saúde, este passou por incontáveis transformações na sua atuação profissional, devido as proposições do SUS que através

da Lei 8.080/90 preconizou a saúde como direito essencial do cidadão, com princípios de integralidade, igualdade e universalização de acesso aos serviços oferecidos pelo sistema.

Sendo assim, torna-se mister destacar que na década de 1980, ocorreu um vasto crescimento de Assistentes Sociais na área da saúde. Tais profissionais, por sua vez, deveriam gerenciar situações conflituosas entre as demandas dos usuários e os serviços sociais disponíveis para os mesmos e suas necessidades. Para tanto, os Assistentes Sociais necessitavam de romper com as práticas tradicionalistas que permearam historicamente a profissão, como, por exemplo, o assistencialismo desde e sua gênese profissional. Estes tiveram que lidar com as novas questões existentes na égide profissional do Serviço Social.

Rezende e Cavalcanti (2006), destacam que, historicamente, a saúde é o setor que absorve grande quantidade de Assistentes Sociais, principalmente na esfera pública. De acordo com as autoras, isto dá-se devido a necessidade de força de trabalho na área da saúde. Por isso surge a necessidade de profissionais do Serviço Social. Através disto, a inserção da atuação profissional do Serviço Social torna-se fundamental para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Segundo Costa (2000) citado por CFESS (2010), a inserção dos profissionais de Serviço Social na saúde é mediada através do reconhecimento social da profissão, como também por um conjunto de necessidades nas quais definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública desenvolveu-se no Brasil. Diante disto,

a implementação do SUS, a partir dos anos de 1990, vai exigir novas formas de organização do trabalho em saúde, a partir das reivindicações históricas do movimento sanitário, que são exemplos a universalização, a descentralização e a participação popular (COSTA 2000 *apud* CFESS, 2010, p. 40).

Conforme Bravo (2007), a atuação profissional dos Assistentes Sociais necessita ter como foco principal a incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, em articulação com as ideologias do projeto de Reforma Sanitária e ético-político profissional do Serviço Social.

Através da Constituição Federal de 1988, na qual preconiza o sistema SUS como direito do cidadão, Simionatto e Nogueira (1994), afirmam que o direito encontra-se atrelado na trajetória profissional do Serviço Social, sendo vinculado para as possibilidades nas quais se expressam no campo político e coletivo. A este respeito Rezende e Cavalcanti (2006), afirmam que a saúde como direito de cidadania e dever do Estado realiza um deslocamento do conceito sobre a saúde do âmbito biológico para o político e histórico da construção dos direitos sociais. Desse modo,

o assistente social tem função de destaque na alteração da atenção à saúde e das condições de saúde da população, uma vez que no cotidiano profissional estão presentes as demandas de satisfação das condições globais de vida (alimentação, habitação, repouso, educação e participação decisória nos vários níveis de vida social) e as possibilidades de atendimento por meio da Política Social de Saúde. O assistente social, em sua prática profissional, facilita o acesso da população às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do país (REZENDE; CAVALCANTI, 2006 *apud* CFESS, 1999, p. 76).

Em consonância com esta afirmação acima mencionada, pode-se destacar que, tomando como base o atual Código de Ética Profissional do Assistente Social (1993), cabe a este profissional o compromisso com a garantia dos direitos sociais adquiridos sob forma constitucional, a construção de uma nova analogia entre os serviços públicos de saúde, a melhora na qualidade dos serviços prestados à população, como também o respeito aos direitos dos usuários. Dessa forma, o Assistente Social na área de saúde, tem como uma de suas funções intermediar a relação entre o dever do Estado e o direito à saúde da população.

De acordo com Costa (2006), a inserção do trabalho dos Assistentes Sociais na esfera da saúde encontra-se submetida a um conjunto de determinações sociais impostas pelas relações que se estabelecem na sociedade capitalista. Segundo a referida autora, o exercício profissional do Assistente Social ao vincular a realidade como especialização do trabalho, sofre um processo de organização de suas atividades em função da sua inserção no processo de trabalho desenvolvido pelo conjunto dos trabalhadores da área da saúde. Para a autora,

embora o trabalho cooperativo em saúde venha ampliando a divisão social e técnica do trabalho, com a incorporação de outras atividades, tal incorporação se dá de forma subsidiária e/ou subordinada à direcionalidade técnica do trabalho médico (COSTA, 2006, p. 37).

No que se refere às atribuições desenvolvidas pelo Assistente Social no âmbito da saúde Costa (2006), afirma que tais profissionais exercem ações de cunho emergencial, direcionadas para a agilização de internamentos, exames, consultas, educação e informação em saúde, promovendo orientações e abordagem individual ou grupal ao usuário e para as famílias, realização de planejamento e assessoria na realização de ações direcionadas para o processo de reorganização do trabalho no SUS, principalmente no que concerne à assessoria ao planejamento local das unidades de saúde. Ressalta que o Assistente Social é o responsável pelo

levantamento de dados pra caracterização e identificação das condições sócio-econômicas e sanitárias dos usuários, interpretação de normas e rotinas, procedimentos de natureza sócio-educativa, agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial, e, desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político. [...] Assim, a objetivação do trabalho do assistente social, neste campo da prestação dos serviços, é composta por uma grande diversidade e volume de tarefas que evidenciam a capacidade desse profissional para lidar com uma gama heterogênea de demandas, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho em saúde, bem como das contradições internas e externas ao sistema (COSTA, 2006, p. 62).

Um das afirmações que a supracitada autora faz questão de enfatizar é que, devido a complexidade existente no sistema de saúde no Brasil, os serviços encontram-se cada vez mais degradantes e os Assistentes Sociais adquirem a função quase silenciosa de administrar o que é impossível de ser administrado. Sendo assim, a autora destaca que a inserção dos profissionais do Serviço Social nas equipes de saúde apresenta como objetivo assegurar através de tortuosos caminhos o atendimento dos usuários a estes serviços.

Dessa forma, é verídico o sentido pelo qual perante as reais condições de funcionamento do SUS, torna claro que o desenvolvimento da prática destes profissionais, não tem conseguido responder com eficácia as demandas dos serviços de saúde no que diz respeito para o atendimento das necessidades da população.

No entanto, Costa (2006) ainda ressalta que a fim de que os Assistentes Sociais possam, através de sua atuação profissional, apresentar métodos de enfrentamento das problemáticas de atendimento dos usuários do SUS, faz-se imprescindível que os profissionais tomem conhecimento, não apenas do funcionamento da instituição e a unidade na qual trabalham, mas a lógica de funcionamento do sistema. Conforme esta afirmação de Costa (2006), Bravo (2007) enfatiza que a prática do Serviço Social no âmbito da saúde, é necessário ter como pressupostos:

Está articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde da instituição e não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizaram a proposta do SUS; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas instituições que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas; buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde e sua relação com o Serviço Social (BRAVO, 2007, p. 144).

A respeito desta proposição Vasconcelos (2006), aborda que os Assistentes Sociais precisam ter demasiado comprometimento com o projeto ético-político do Serviço Social, proporcionando a colaboração no planejamento de técnicas estratégicas de garantia dos direitos de cidadania. Ressalta também que,

Como explicitado no Código de Ética, é uma direção que, colocando como valor central a liberdade, fundada numa ontologia do ser social assentada no trabalho, tomando como princípios fundamentais a democracia e o pluralismo e posicionando-se em favor da equidade e da justiça social, elege um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária (VASCONCELOS, 2006, p. 131).

Diante desta afirmativa, torna-se de suma importância enfatizar que cabe ao Assistente Social ter uma visão holística do contexto social, na qual o indivíduo encontra-se inserido, com a finalidade de promover a democracia e o reconhecimento das diversidades culturais.

4. A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO (HUAC)

4.1 Caracterização da instituição hospitalar

O Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), situado a Rua Dr. Carlos Chagas, S/N, Bairro São José, foi fundado no ano de 1949, durante a gestão de Osvaldo Trigueiro de Albuquerque Melo, então Governador do Estado da Paraíba. A criação do referido hospital contou com o apoio da Prefeitura Municipal de Campina Grande e do Governo Federal, através do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Servidores do Estado (IPASE).

A Prefeitura Municipal de Campina Grande – PB, tendo na sua gestão o Prefeito Elpídio Josué de Almeida, doou o terreno para a construção do hospital. A inauguração do HUAC se deu no dia 10 de dezembro de 1950, época em que se tinha como Presidente da República o General Eurico Gaspar Dutra. Neste referido contexto, contava-se como Presidente do IPASE o Dr. Alcides Carneiro e como superintendente da obra o Dr. Alberto Almeida (ALBUQUERQUE; SILVA; AZEVEDO, 2002).

Durante o governo do Presidente Ernesto Geisel, no ano de 1978, com a reestruturação do sistema previdenciário no país e a partir das novas atribuições do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), o IPASE passa a ser gerido por este, sofrendo graves crises até sua extinção.

Na tentativa de resolverem os problemas existentes, firmaram convênios com o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação pela resolução 31 de julho de 1990, resultando a integração da saúde com a educação. Nesse sentido, através deste processo, o hospital passou a prestar assistência médica através de convênios com a Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Com as modificações encerradas, os recursos financeiros que passaram a sustentar o hospital, incluíram o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS).

No ano de 2002 o *Campus* da UFPB em Campina Grande passa por um processo de desmembramento, passando a ser Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Dessa forma, o HUAC torna-se órgão suplementar da UFCG desde o

ano de 2002 e presta serviços na atenção secundária e terciária, sendo referência assistencial para o município de Campina Grande, municípios circunvizinhos, bem como no atendimento a pacientes de outros Estados brasileiros.

Na assistência hospitalar o HUAC é referência em clínica médica, clínica cirúrgica (cirurgias eletivas e pequenas cirurgias), endocrinologia, pediatria, oncologia pediátrica e infectologia. No atendimento ambulatorial o hospital dá cobertura a 25 especialidades médicas, além de dispor de assistência em nutrição, psicologia, serviço social, fisioterapia motora e respiratória, odontologia, quimioterapia, anatomia patológica, biologia molecular, diagnóstico por imagem e laboratório de análises clínicas (LIMA, 2011).

Em sua função pedagógica, o hospital tem como finalidade, a assistência médica hospitalar, como também a contribuição no desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão dos alunos nos Cursos de Graduação, Pós-Graduação e aperfeiçoamento. Conta com cinco programas de residência médica (Cirurgia Geral, Clínica Médica, Endocrinologia, Infectologia e Pediatria) e é também campo de estágio para os Cursos de Enfermagem e Medicina da UFCG (*Campus* de Campina Grande, Cajazeiras e Cuité) e dos Cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB – *Campus* de Campina Grande) sendo distribuídos em ambulatórios, enfermarias, setores de apoio diagnóstico, telemedicina (NUTESM) entre outros setores do hospital.

Conforme os dados de análise documental, a área física do HUAC é de 16.324 m². Dispõe de um centro cirúrgico que comporta quatro salas, como: Unidade de Pronto Atendimento Adulto e Infantil, Unidade de Atendimento Odontológico, setores administrativos e de apoio funcional. A área reservada para o atendimento ambulatorial conta com 71 salas para atendimento especializado que constitui o Centro de Assistência Especializada de Saúde e Ensino (CAESE). Estas unidades em funcionamento perfazem uma média mensal em torno de 13.000 atendimentos. O hospital conta com 149 leitos, sendo 10 de UTI adulto, 5 de UTI infantil e 4 de UTI neonatal. Os demais são distribuídos nas áreas de Clínica Médica Masculina e Feminina (18 leitos cada), Clínica Cirúrgica (27 leitos), Pneumologia (9 leitos), Infectologia (14 leitos), Pediatria (34 leitos) e Oncologia Pediátrica (10 leitos).

O quadro de funcionários do hospital é composto, em sua maioria, por servidores públicos federais de nível médio e superior, sendo 170 cedidos pelo Ministério da Saúde e 452 vinculados ao Ministério da Educação, distribuídos no atendimento direto aos usuários, em ações gerenciais e administrativas, além de 41 docentes do quadro efetivo da UFCG, 153 funcionários temporários pelo Processo Seletivo ocorrido no ano de 2010 e 143 funcionários terceirizados voltados à realização de atividades de apoio e serviços gerais, totalizando 918 profissionais que atualmente atuam no HUAC (LIMA, 2011).

A respeito dos profissionais existentes no hospital têm-se as seguintes especialidades: Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Genética, Ginecologia, Hematologia, Imunologia, Infectologia, Nefrologia, Neurologia, Odontologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Proctologia, Psiquiatria, Reprodução Humana, Reumatologia, Urologia, Psicologia, Nutrição e Serviço Social.

No que diz respeito ao apoio ao diagnóstico e tratamento, o hospital dispõe de: Radiologia, Ecocardiografia, Eletrocardiografia, Eletroencefalograma, Tomografia Computadorizada, Angiogramia coronária, Endoscopia, Espirometria, Ultrassonografia, Patologia Clínica, Anatomia Patológica e Citopatológica, Hemoterapia, Quimioterapia, Hormonioterapia e Fisioterapia.

O HUAC, por ser uma instituição pública de média e alta complexidade com fim assistencial e pedagógico, desenvolve um grande número de atendimentos distribuídos nas suas unidades funcionais. A unidade hospitalar tem como projetos e pesquisas, campanhas em torno de antitabagismo, brinquedoteca e mucopolissacaridose (doença metabólica ocasionada por deficiência de enzimas), além de desenvolver programas de saúde de fundamental importância à vida da população, visando a conscientização e prevenção de doenças, assim como, uma integração da comunidade.

4.2 O Serviço Social no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC)

Desde a sua origem, ainda enquanto IPASE prestando assistência médica aos funcionários dos institutos federais, como era denominado o HUAC, já fazia parte da unidade o Serviço Social, uma vez que conforme os depoimentos das Assistentes Sociais, o setor contava com um número reduzido de profissionais, visto que as Assistentes Sociais eram disponibilizadas para colaborar com suas atribuições no Núcleo de Psiquiatria, em clínicas de obstetrícias, bem como nas clínicas de outras especialidades médicas. Estes locais consistiam em uma extensão do IPASE e funcionavam em locais descentralizados do município de Campina Grande.

De acordo com relatos das profissionais de Serviço Social do HUAC, no final da década de 1970, época em que o hospital encontrava-se em fase de transição do IPASE para o INAMPS, as Assistentes Sociais da Faculdade de Medicina de Campina Grande e do Ministério Público passaram a compor o setor. Na década de 1980, o estabelecimento hospitalar passa a conveniar-se ao Ministério da Educação (MEC) e também foi repassado para a UFPB na qual houve uma unificação dos trabalhos das Assistentes Sociais, visto que todas as profissionais passaram a trabalhar no hospital. Dessa forma, o hospital passou a contar com aproximadamente vinte e duas Assistentes Sociais.

No ano de 1991 houve uma eleição no setor de Serviço Social com a finalidade de escolher uma Assistente Social para coordenar o setor, tendo em vista que com o aumento de profissionais de Serviço Social no âmbito hospitalar, ocorreu a distribuição de Assistentes Sociais em todas as alas do hospital, bem como nos ambulatórios onde atualmente é o CAESE, ficando responsáveis pelas entrevistas e intervenções sociais, pela participação em comissão de óbito, entre outras atribuições.

Atualmente o setor de Serviço Social do HUAC conta com a participação de nove Assistentes Sociais, dentre as quais uma é Coordenadora do setor de Serviço Social da unidade hospitalar e outra é Diretora do CAESE. No tocante a Administração em Serviço Social, “as atividades do assistente social também se expandem no campo da gestão, assumindo o compromisso com a resolutividade, diretriz presente nessa nova

configuração dos serviços de saúde na relação estabelecida com o usuário” (REZENDE; CAVALCANTE, 2006, p. 76).

Os Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010), enfatizam que é de suma importância a inserção dos Assistentes Sociais nos espaços de gestão e planejamento, tendo em vista as diretrizes do Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social. Dessa forma, “a contribuição do profissional de Serviço Social na gestão e no planejamento busca a intersetorialidade, na perspectiva de conceber a saúde no âmbito da Seguridade Social” (CFESS, 2010, p. 59).

Tendo em vista que os usuários necessitam de um atendimento que por sua vez respondam as suas necessidades sociais, como também que este trabalho seja contínuo e progressivo, as Assistentes Sociais da referida instituição hospitalar tentam, mesmo que de forma mínima, atender as demandas dividindo-se e responsabilizando-se por várias atividades, tais como: entrevistas socioeconômicas, visitas domiciliares, encaminhamentos para outras instituições (Curadorias e Conselhos Tutelares), realizam contato com setores de transportes a fim de viabilizarem o retorno dos usuários para os municípios em que residem, realizam articulações com a atenção básica de saúde, proporcionando a continuidade do tratamento quando o usuário estiver de alta médica, bem como buscam informações, caso necessário, para que possam viabilizar um melhor atendimento enquanto o usuário encontra-se internado, fazem a democratização do SUS, além de esclarecer eventuais dúvidas dos usuários (LIMA, 2012).

No que concerne para as entrevistas e avaliações socioeconômicas os parâmetros do Serviço Social no âmbito da saúde enfatizam que “avaliação socioeconômica dos usuários tem por objetivo ser um meio que possibilite a mobilização dos mesmos para a garantia de direitos [...]” (CFESS, 2010, p. 41). Para tanto, tais parâmetros preconizam que deve-se

construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio de análise de situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde; elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a

perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde (CFESS, 2010, p. 43).

No que se refere às visitas domiciliares é de suma importância visto que conforme os parâmetros, torna-se imprescindível o conhecimento da realidade do usuário através da realização das visitas domiciliares pelos Assistentes Sociais. Desse modo,

são importantes instrumentos a serem utilizados por assistentes sociais porque favorece uma melhor compreensão acerca das condições de vida dos usuários, que envolve a situação de moradia (residência e bairro) e as relações familiares e comunitárias. Portanto, faz com que o profissional, a partir do conhecimento da realidade do usuário, tenha mais elementos para buscar o alargamento dos direitos sociais que podem ser acessados por esse usuário (CFESS, 2010, p. 42).

Quanto à democratização das informações, o Código de Ética Profissional do Serviço Social, preconiza que o Assistente Social deve “democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários” (CFESS, 1993, p. 23). Sobre esta afirmação mencionada, Vasconcelos (2006) destaca que

ao democratizar informações e possibilitar o exercício de práticas democráticas, os assistentes sociais podem contribuir na apropriação, pelos usuários, de categorias de análise do patrimônio intelectual, para que possam, na medida do possível, se colocar criticamente frente ao seu cotidiano e participar da luta política na defesa de seus interesses (VASCONCELOS, 2006, p. 267).

Como é atribuição do Assistente Social o trabalho sob forma cotidiana com as expressões da questão social, logo com os sujeitos que as vivenciam. De acordo com Yasbeck (1999), a questão social é o elemento e a justificativa da composição do ambiente prático do Serviço Social na divisão social e técnica do trabalho, como também na constituição do caráter profissional dos Assistentes Sociais. Yamamoto (1982) *apud* CFESS (2010) afirma que as expressões da questão social devem ser compreendidas como “o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que se

expressam por meio das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais” (p. 37).

Com base nisto o Serviço Social do HUAC, de acordo com Lima,

tem como objetivo da sua prática atender os usuários compreendendo-os a partir dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo de adoecer, buscando criar estratégias de ação que possam trazer respostas pautadas na certeza da saúde como direito de todos e dever do Estado (LIMA, 2012, p. 1).

Conforme os parâmetros nas quais norteiam a atuação prática do Serviço Social no âmbito da saúde, o objetivo da profissão “passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões” (CFESS, 2010, p. 26). Desse modo,

as atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, [...] são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras (CFESS, 2010, p. 31).

Para tanto, com base nesta afirmativa,

cabe aos assistentes sociais, a partir dos princípios e do objetivo da ação profissional – a questão social – planejar e realizar ações assistenciais que contribuam para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, danos, agravos e riscos e o tratamento, priorizando o sofrimento social, para o fortalecimento da consciência sanitária e do controle social (VASCONCELOS, 2006, p. 259-260).

No tocante a realidade das demandas sociais ocorridas no HUAC, as Assistentes Sociais trabalham nas alas e no ambulatório (CAESE), com a finalidade de dar respostas aos usuários. De acordo com a observação participante, como também com Lima (2012), as demandas que chegam até as profissionais do setor de Serviço Social do hospital são as seguintes:

- Explicitação de normas e rotinas do hospital aos acompanhantes dos pacientes;

- Orientação acerca da importância da higiene dos acompanhantes e do ambiente hospitalar, devido o risco de infecções;
- Solicitação de transferências de usuários internados no HUAC para outras instituições hospitalares do Estado da Paraíba, como também em outros Estados, quando faz-se necessário;
- Pedido de informações e agendamento de perícias para a concessão de Benefícios de Prestação Continuada (BPC);
- Orientação a respeito da importância do usuário estar com acompanhante durante sua internação;
- Comunicado de alta médica para os pacientes acompanhados pelo Serviço Social;
- Encaminhamento de usuários e familiares para a rede de serviços socioassistenciais;
- Contatos internos com os demais profissionais da saúde no sentido de solucionar questões pertinentes ao usuário;
- Construção do perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições de saúde dos mesmos para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários;
- Contato com outros estabelecimentos hospitalares, juntamente com a equipe médica, tendo como princípio viabilizar as necessidades dos usuários que utilizam o serviço desta instituição;
- Viabilizar o acesso dos usuários aos serviços;
- Facilitar o processo de marcação de procedimentos não disponíveis na instituição, no sentido de garantir a assistência aos usuários internos;
- Contribuir no processo de transferência seja através do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) ou não, na orientação de documentação e outros contatos que se fazem necessários de modo a contribuir e/ou dinamizar o atendimento;
- Conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social;

- Articulações com a rede de atenção básica e secretarias municipais de saúde, na alta hospitalar, objetivando garantir a continuidade dos tratamentos indicados, com ações de solicitação de transportes, acompanhamento de outras especialidades clínicas, fornecimento da medicação entre outros;
- Contatos institucionais sejam com profissionais de saúde, sejam com outras categorias, com o objetivo de viabilizar demanda apresentada pelos usuários, especialmente os mais recorrentes;
- Encaminhamento para as diversas instituições (Curadoria: da Infância, da Adolescência, do Cidadão, do Idoso; Conselhos Tutelares; Secretarias Municipais de Assistência Social (SEMAS) dentre outros órgãos públicos de assistência);
- Contato com a direção do hospital quando determinada demanda requer essa interferência;
- Contribuir com a equipe de saúde na comunicação e apoio nas questões que envolvem os óbitos, traslado do corpo, encaminhamento ao auxílio funeral e orientação aos familiares quando o usuário foi a óbito por doenças infecto-contagiosas.

Vale ressaltar que dentre as formas de atendimento do Serviço Social, têm-se a demanda espontânea, uma vez que através iniciativa do usuário, este, por sua vez se dirige para o setor do Serviço Social com o objetivo de solicitar as informações na qual necessita. Pode acontecer caso em que os usuários vão até o setor de Serviço social da instituição encaminhados por profissionais da equipe multiprofissional. A este respeito, “os usuários chegam ao [...] Serviço Social através de procura espontânea, encaminhamentos internos e encaminhamentos externos” (VASCONCELOS, 2006, p. 247).

No que diz respeito ao ambulatório, o atendimento é realizado aos usuários e seus familiares que procuram o serviço por demanda espontânea ou encaminhado por outros profissionais para orientações e providências relacionadas para a assistência social e a saúde.

No tocante a realidade da Oncologia Pediátrica do HUAC, o Serviço Social realiza uma entrevista social no momento da internação, na qual são avaliadas

possíveis demandas a serem acompanhados durante a permanência do paciente no hospital. Após o internamento, os pacientes e responsáveis são abordados e acompanhados sob forma individual na enfermaria do setor de Oncopediatria.

Para viabilizar as demandas que chegam ao Serviço Social, as Assistentes Sociais utilizam-se de um diversificado instrumental técnico-operativo para dar encaminhamento para as demandas através de algumas atividades desenvolvidas no cotidiano, tais como:

- Entrevista socioeconômica aos usuários (pré-cirúrgico e diabetes tipo 1);
- Orientação aos usuários pré-cirúrgicos quanto a importância no envolvimento na Campanha Nacional de Sangue através da doação;
- Informações aos usuários do funcionamento e serviços da rede SUS;
- Visitas domiciliares com o objetivo de colher informações socioeconômicas da família e do próprio usuário que possam contribuir com a tomada de decisão em benefício do mesmo;
- Reuniões (diálogo) com as mães da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Infantil. Neste espaço as sugestões e reclamações das mesmas são registradas, para posteriormente serem repassadas aos setores responsáveis, com o objetivo de contribuir na melhoria dos serviços prestados a elas e aos seus filhos;
- Elaboração de pareceres e relatórios quando são identificadas situações de violações de direitos dos usuários;
- Registro de intervenção social do usuário em prontuário, para informar a equipe de saúde os encaminhamentos dados pelo Serviço Social a determinada demanda;
- Socialização de normas e rotinas do HUAC aos usuários e acompanhantes para melhoria do convívio em espaço coletivo;
- Notificação de ocorrências em livros de registro;
- Construção de formulários de uso do Serviço Social para viabilizar e organizar a prática;
- Elaboração e distribuição de material informativo;
- Visitas e acompanhamento aos usuários que estão internos;
- Registro das atividades em planilha estatística das ações;

- Realização de contato com outros profissionais e setores na perspectiva de melhoria no atendimento ao usuário;
- Acompanhamento social ao usuário e familiares do setor de Oncologia Infantil, desde o fechamento do diagnóstico, internação e acompanhamento ambulatorial;
- Reunião da equipe do setor para tratar da rotina e elaboração de plano de trabalho.

Dessa forma, as atividades realizadas pelo setor de Serviço Social do HUAC, visam sempre a informação, o bem-estar dos usuários, dos familiares, dos acompanhantes, como também dos profissionais que atuam no local.

Um projeto contempla as mães da UTI Infantil com reuniões que são realizadas de forma semanal ou quinzenal, dependendo da quantidade das demandas existentes. Nessas ocasiões, são repassadas as normas e rotinas do hospital, através de folders que são elaborados com a colaboração de toda equipe multidisciplinar da UTI Infantil, juntamente com o setor de Serviço Social. O material informativo é entregue às mães e acompanhantes nessas reuniões, o mesmo apresenta orientações em relação aos cuidados que as mesmas precisam ter no manuseio de objetos que possam estar contaminados por vírus e bactérias, além de informações sobre a infecção hospitalar.

É também reforçada a importância de providenciar a documentação das crianças, tendo em vista que muitas delas são admitidas no hospital sem registro de nascimento e cartão do SUS. Estes documentos são necessários para a realização de alguns procedimentos hospitalares e sociais. Neste espaço, um diálogo é aberto entre elas e o Serviço Social, as mães podem fazer suas colocações, tirar dúvidas, fazer reclamações ou sugerir pontos que possam melhorar a sua permanência no hospital.

Na Oncologia Pediátrica, o acompanhamento social é realizado com usuários e seus familiares, desde o fechamento do diagnóstico, internação e acompanhamento ambulatorial. Este trabalho também se dá através de reuniões, orientação individual e coletiva e encaminhamentos para as diversas instituições, com o propósito de viabilizar a recuperação do usuário, bem como do apoio e direcionamento aos familiares das crianças.

Também neste setor acima abordado, as Assistentes Sociais utilizam *folders*, que por sua vez traz informações das normas e rotinas da instituição hospitalar e

possuem informações exclusivas do setor de Oncologia Pediátrica. A elaboração do material de divulgação das normas e rotinas parte do setor de Serviço Social em parceria com a equipe interdisciplinar do setor de Oncologia Pediátrica. Os parâmetros do Serviço Social na saúde enfatizam que

O profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para esclarecer prioridades de ações e estratégias a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade de equipe de saúde para ações conjuntas (CFESS, 2010, p. 41).

Segundo Costa (2006), as informações das normas e rotinas hospitalares são procedimentos de égide educativa, com orientações e encaminhamentos individuais e coletivos. A este respeito a referida autora destaca que

Essa atividade consiste na transmissão de informações e na interpretação das normas de funcionamento dos programas e das unidades prestadoras de serviços de saúde. É voltada para a formação de atitudes e de comportamentos do paciente, dos acompanhantes e da família, durante a sua permanência nas unidades. Consiste num conjunto de orientações sobre os regulamentos, o funcionamento e as condições exigidas pelas unidades, tais como: observância de horários, prazos de retorno do paciente, documentos exigidos etc. No cotidiano dos serviços, sua utilidade tem sido a de assegurar o disciplinamento e o enquadramento dos usuários e acompanhantes às normas e rotinas da unidade, embora também constitua momento em que já se identifica a necessidade de abertura de exceções à regras. Nos hospitais, suas principais esferas de atuação incidem sobre o cumprimento de horários e duração das visitas, o número de visitantes permitidos para cada paciente internado, os comportamentos do usuário e sua família a serem adotados durante a visita, a permanência no hospital e, até mesmo pós-alta médica (período de convalescência) etc. (COSTA, 2006, p. 50).

É importante destacar que também são produzidos outros materiais informativos apresentando, sob forma detalhada, as normas e rotinas, incluindo os direitos e os deveres dos usuários, bem como de seus acompanhantes, contendo especificidades para cada ala do HUAC. Também são colocados *banners* nas portarias com informações relevantes aos visitantes, acompanhantes e profissionais que passam pelo local.

Com relação a estas ações socioeducativas desenvolvidas pelo Serviço Social na supracitada instituição hospitalar, pode-se afirmar que encontram-se de acordo com o que preconiza os parâmetros de atuação do Serviço Social na saúde, visto que dentre as atividades que devem ser desenvolvidas pelos Assistentes Sociais, têm-se as seguintes

Sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos; realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas; democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação; elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral; realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse (CFESS, 2010, p. 54).

Tais práticas realizadas no HUAC através do Serviço Social entram em correlação com as estratégias para a garantia dos direitos sociais, uma vez que conforme Rezende e Cavalcanti (2006), o Assistente Social na saúde deve conhecer o perfil da demanda, além de avaliar programas e projetos, reordenar serviços, como também formular diagnóstico sanitário dos usuários. Devem desenvolver

práticas educativas que garantam a compreensão das relações sociais pelos usuários e sua participação, de forma direta, na avaliação e elaboração de novas atividades institucionais [...]. Produção de material educativo, confeccionado a partir da realidade de vida dos usuários [...]. Democratização das informações, por intermédio dos vários canais existentes no âmbito institucional (REZENDE; CAVALCANTE, 2006, p. 79-80).

De acordo com os Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010), os assistentes sociais atuam em quatro eixos, tais como: “atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, p. 39). Com base nisto os Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde preconizam que

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde (CFESS, 2010, p. 41).

No que concerne à relação das Assistentes Sociais com os demais profissionais do hospital é de cunho interativo. A ação na maioria das vezes é realizada em conjunto, não podendo o Serviço Social atuar de forma solitária dos demais. A demanda pode chegar ao setor através de outros profissionais e para resolvê-las, diversas vezes, é necessária a colaboração e o conhecimento dos mesmos. A atuação em conjunto com outros profissionais também é importante quanto ao desenvolvimento de ações para melhorias no ambiente hospitalar e no trato com o usuário.

Desse modo, “A atuação em equipe [...] vai requerer do assistente social a observância dos seus princípios ético-políticos” (CFESS, 2010, p. 44). Para Rezende & Cavalcanti (2006), “a perspectiva interdisciplinar das ações de saúde, segundo a qual as práticas levam em conta a complementariedade dos diferentes saberes, tem levado os assistentes sociais a assumir postos antes ocupados por outras categorias profissionais” (p. 76).

4.3 O Serviço Social e sua atuação junto aos usuários do HUAC: desafios e possibilidades na efetivação do direito à saúde

O Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) presta atendimento através do Sistema Único de Saúde (SUS) em sua complexidade de ações tendo em vista o atendimento aos usuários em sua totalidade. Dispõe de uma equipe multiprofissional, agindo sob forma articulada por meio de um método de trabalho interdisciplinar, na qual engloba o empenho de todos os profissionais com a finalidade de que os resultados sejam almejados da melhor forma possível (LIMA, 2012).

Dentre os profissionais envolvidos o que se destaca em meio a equipe multiprofissional da instituição hospitalar é o Assistente Social, visto que tal profissional tem em sua formação profissional, a habilidade essencial para a realização das ações articuladas, proporcionando, dessa maneira, a troca de conhecimentos necessários

para tal. A este respeito, os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde preconiza que

o trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar específicas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde (CFESS, 2010, p. 44).

Faz-se necessário afirmar que cabe ao Serviço Social Hospitalar ter compromisso na prestação de atendimento social aos usuários, bem como para seus familiares, além de identificar as diversas expressões da questão social, que por sua vez se revelam como obstáculos para que possam obter condições de vida favoráveis. Pode-se destacar que a saúde consiste na resultante das condições de vida do ser humano, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, transporte, lazer e qualidade de vida. Com base nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) enfoca que: “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença” (OMS, 1987).

É importante destacar que os Assistentes Sociais têm como compromisso ético-político a defesa do SUS, sob modo de representar sua contribuição em volta da conquista da saúde como um patrimônio público. Tal profissional atua no âmbito das políticas sociais com o propósito de viabilizar os direitos dos cidadãos. Além disto, no setor da saúde, o profissional do Serviço Social é o mediador entre o usuário e a instituição, tendo em vista facilitar o acesso da população aos serviços oferecidos pelo SUS.

Estes fatores anteriormente citados entram em consonância com o que preconiza os Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, uma vez que “o atendimento direto aos usuários se dá nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços [...] de ações de média e alta complexidade, [...] seja federal, estadual ou municipal” (CFESS, 2010, p. 39).

No tocante ao HUAC, as Assistentes Sociais realizam atendimento ao público usuário infantil e adulto, do ambulatório CAESE, aos usuários internos do hospital, seu familiares e visitantes, buscando o conhecimento da realidade socioeconômica e cultural dos pacientes.

Quanto aos usuários, estes por sua vez são indivíduos nas quais necessitam de atendimentos especializados oferecidos pela instituição hospitalar, independente da situação socioeconômica.

A forma de acesso aos serviços, dá-se por meio dos encaminhamentos de outros serviços de saúde, como por exemplo: da Secretaria Municipal de Saúde do município de Campina Grande, da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e por marcação de consultas no próprio estabelecimento hospitalar, transferências de outras unidades hospitalares e municípios que são pactuados com a cidade de Campina Grande.

Vale salientar, que o nível social dos usuários é variável por conta das especialidades clínicas que o HUAC oferece. Grosso modo, os usuários possuem situações sociais e econômicas precárias, são moradores dos bairros periféricos de Campina Grande, dos municípios circunvizinhos, como também de outros Estados brasileiros. Dentre estes encontram-se agricultores, assalariados e de baixa renda, uma vez que contam, grande parte, com apenas um salário mínimo e com programas federais de transferência de renda, além de pessoas desempregadas (LIMA, 2012).

De acordo com os parâmetros norteadores da prática do Serviço Social no âmbito da saúde “a saúde do trabalhador vêm se apresentando como uma importante área de atuação do assistente social nas últimas décadas. [...] É um campo privilegiado de atuação para o assistente social” (CFESS, 2010. p. 38).

As atividades do Serviço Social no HUAC são desenvolvidas nas enfermarias e no ambulatório, atendendo a usuários, familiares e responsáveis. Tal atendimento constitui-se no momento pelo qual existe o contato e a transferência de informações sob forma mútua entre usuários e Assistente Social.

As formas mais recorrentes de atendimento dos usuários pelas Assistentes Sociais, consistem no atendimento nos leitos, uma vez que tais profissionais passam nas alas das enfermarias realizando abordagens sociais e individuais, orientando os usuários e seus familiares sobre como deve proceder determinado tipo de situação, dando ênfase a importância da participação do usuário e da família no processo de recuperação e cura destes. Também orienta quanto as normas e rotinas do estabelecimento hospitalar, como também das demais necessidades que as Assistentes Sociais possam perceber. Tais procedimentos de atendimento aos

usuários, entram em consonância com a afirmação de Vasconcelos, pois de acordo com a mesma

em resposta a estas demandas, os assistentes sociais realizam “encaminhamentos internos” (para programas, Projetos e/ou serviços da unidade), “encaminhamentos externos” (INSS, Defensoria Pública, outras unidades de saúde, recursos assistenciais etc.) e/ou “orientações diversas” (previdenciária, documentação, realização de exames etc.). [...] O assistente social [...] realiza basicamente *orientações* (previdenciária, acidente de trabalho, programas assistenciais), *encaminhamentos (para recursos internos da unidade* – inscrição nos programas, agilização de exames e/ou consultas médicas, para *recursos da comunidade/ou institucionais* – bolsas de alimento, passagem gratuita, casas de apoio) e em alguns casos *aconselhamento/apoio* (VASCONCELOS, 2006, p. 248-249).

As ações do Assistente Social, além do trabalho que deve ser realizado com a equipe da unidade hospitalar, englobam sob forma direta os usuários por meio de ações de caráter coletivo e individual. Desse modo, o profissional do Serviço Social tem a função de acolher, realizar o diagnóstico social, as avaliações para viabilizar o acesso aos benefícios sejam eles assistenciais, de saúde, previdenciários, a efetivação de direitos sociais, as reuniões para trabalhar questões pertinentes quanto ao cotidiano dos usuários e o acompanhamento de atividades de vivência prática e vivência diária.

Na perspectiva de constituir relações com os usuários e seus familiares de modo a efetivar direitos, o Serviço Social do HUAC realiza um trabalho interdisciplinar. Após a avaliação e orientação médica, os pacientes são encaminhados ao setor de Serviço Social do hospital para avaliação e orientação social. Conforme Costa (2006),

O assistente social é responsável pela sensibilização e mobilização dos usuários nas situações relativas à captação de sangue, realização de exames complexos, tratamento fora do domicílio, necropsias, superação de preconceitos/tabus em relação ao tratamento e à doença etc. Além destas, são de responsabilidade do assistente social as comunicações em geral. No caso dos hospitais, essas comunicações referem-se a altas, óbitos e/ou estados de saúde do “paciente”; nas unidades de atenção básica, centro clínicos e ambulatórios especializados, o assistente social concentra-se nas comunicações sobre resultados de exames, particularmente aqueles que indicam sério comprometimento do estado de saúde, ou de doenças transmissíveis como é o caso da AIDS, ou, ainda, de doenças crônico-degenerativas, ou ainda no caso das neoplasias, leucemias etc. [...] (COSTA, 2006, p. 52-53).

Na relação entre os profissionais e as Assistentes Sociais, ocorre um diálogo sobre a demanda e uma discussão entre ambos sobre a melhor forma de resolvê-la. O acompanhamento social junto ao trabalho da equipe multiprofissional tem como objetivo a qualidade do atendimento ao usuário e a seus familiares no processo de cuidado, a ampliação das condições do pleno exercício da cidadania, como também a ampliação do acesso da população para as orientações e recursos para o completo atendimento de suas necessidades no setor dos serviços de saúde pública. Com relação a relevância do trabalho multidisciplinar, “o cuidado no hospital possui natureza multidisciplinar, dependendo, assim, da articulação do trabalho de vários profissionais. O cuidado é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que se completam [...]” (GUEDES; CASTRO, 2009, p. 07).

Conforme a observação feita durante o período de inserção em campo de estágio em relação ao relacionamento entre o profissional de Serviço Social e os usuários, verifica-se que existe um empenho dos demais profissionais do estabelecimento hospitalar em solucionar a demanda que chega diariamente ao setor. Prova disto, são as ações desenvolvidas pelo setor nas quais visam o bem-estar do paciente, dos seus acompanhantes e familiares, bom como a viabilização dos seus direitos sociais. Essa relação é essencial para uma adequada recuperação dos envolvidos no processo de cura, para a promoção e a recuperação da saúde.

Verifica-se que ocorre uma confiabilidade dos usuários com as Assistentes Sociais, isto amplifica a interação profissional-usuário e, conseqüentemente, torna a permanência dos usuários no hospital mais tranquila. Observa-se também, por parte do Serviço Social, o empenho em prestar um atendimento de qualidade focado no paciente, procurando fornecer respostas para as demandas existentes, viabilizando uma assistência integral para a saúde.

De acordo com Guedes e Castro (2009), o trabalho assistencial direcionado para o usuário, proporciona um atendimento integral, universal, eqüitativo que respeita as singularidades do indivíduo. Pode através de um arcabouço teórico-metodológico que não seja curativista, reconhecer os usuários como sujeitos. Para tanto, faz-se

necessário o desenvolvimento de relações a partir de ações de acolhimento, humanização e vínculo.

Faz-se mister enfatizar que o trabalho realizado pelo profissional de Serviço Social no HUAC é pautado na democratização do acesso a informação, no respeito ao paciente. Este, por sua vez, é tratado como pessoa com suas devidas particularidades, que tem direitos e não uma patologia clínica, minimizando uma enfermidade. O atendimento prestado ao usuário não é isolado, distante da família, ocorre um cuidado em integrar o usuário com sua família.

A este respeito a assistência prestada ao usuário do serviço hospitalar deve ser concebida a partir do conceito ampliado de saúde, expressado na Constituição Federal de 1988 e pela lei regulamentadora do SUS. Entre os incontáveis desafios abordados, encontram-se a necessidade de contribuir para a construção e efetividade de políticas sociais mais justas e equânimes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É correto afirmar que, conforme foi abordado ao longo deste Trabalho de Conclusão de Curso, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) é um marco da Constituição Federal de 1988, uma vez que propõe a construção de uma sociedade justa, igualitária, democrática e solidária. Dessa maneira, o SUS representa a garantia do direito à saúde para a população brasileira, na qual foi fruto das lutas sociais em favor dos direitos de cidadania, principalmente no que tange à saúde. Entretanto, torna-se de suma importância a participação da sociedade civil no planejamento, execução e avaliação da política de saúde, com a finalidade de efetivar a saúde como pleno direito de cidadania.

Um dos aspectos importantes na qual merece destaque, foi a inserção dos Assistentes Sociais na política de saúde, uma vez que, faz-se necessário afirmar que através da Lei nº 8.080/90, foi fundamental para o entendimento de que se trata a saúde como resultante das condições econômicas e sociais. Vale ressaltar, também, que a partir da década de 1990 com a instituição de tal lei anteriormente citada, ocorre o crescimento do trabalho dos Assistentes Sociais no âmbito da saúde.

A respeito do estágio supervisionado presente nos cursos de graduação, este por sua vez tem como finalidade orientar os acadêmicos a conhecerem sua futura atuação prática no cotidiano profissional. Diante disto, pode-se afirmar que a experiência vivenciada durante o período de estágio no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), possibilitou a compreensão de fatores fundamentais que são perpassados nos espaços ocupacionais do Serviço Social no referido estabelecimento de saúde.

Para tanto, em conformidade com o que foi vivenciado durante o estágio, é essencial que o profissional de Serviço Social tenha um ampliado conhecimento da realidade, além de domínio teórico e metodológico da realidade profissional, como também habilidades técnico-operativas, nas quais possibilitam o atendimento das demandas impostas ao cotidiano da prática profissional.

Com relação ao que fora abordado neste referido trabalho sobre a atuação do Serviço Social no HUAC, pode-se afirmar que a presença do profissional de Serviço

Social na saúde, mais especificamente no âmbito hospitalar é, nesse sentido, um aspecto imprescindível para as funcionalidades profissionais existentes nas unidades hospitalares, uma vez que o Assistente Social procura contribuir para a viabilização dos direitos dos usuários, conquistados através da Constituição Federal de 1988 e nas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, através do seu cotidiano profissional.

Diante do que foi observado durante o estágio supervisionado do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e da pesquisa bibliográfica e documental realizada, percebe-se que existe um grande compromisso das Assistentes Sociais do HUAC em viabilizar os direitos dos usuários, como também orientar e assisti-los no que necessitarem com a finalidade de oferecer uma adequada prestação de serviços aos mesmos, bem como na interação com os demais profissionais da instituição hospitalar na promoção do bem-estar e da viabilização de seus direitos.

Torna-se imprescindível enfatizar que as ações desenvolvidas pelas profissionais do Serviço Social do HUAC, grosso modo, entram em consonância com os Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), como também com as demais autoras nas quais foram abordadas durante este trabalho de conclusão, principalmente no que tange as ações socioeducativas direcionadas para os usuários e seus familiares, possibilitando o exercício das práticas democráticas no processo de tomada de decisões da instituição hospitalar, na participação da lutas em defesa de seus interesses, bem como na promoção do bem-estar dos usuários durante a internação do hospital, compreendendo-os a partir dos condicionantes sociais, econômicos e culturais, viabilizando a política de saúde como direito de todos e dever do Estado.

Para tanto, faz-se necessário afirmar que os Assistentes Sociais devem sempre estar se atualizando frente às novas perspectivas das conjunturas políticas, hodiernamente existentes no Brasil, além de poder sempre estar presentes nos processos de planejamento, controle, execução e avaliação das políticas públicas, principalmente relacionadas à política de saúde, com a finalidade de participar da luta em prol do direito à saúde da população, em conformidade com o que estabelece a Constituição Federal de 1988.

6. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Glaucineth Cavalcante. SILVA, Luciana Maia e. AZEVEDO, Lusieda Rodrigues de. **A incidência e mortalidade por câncer de mama no Hospital Universitário Alcides Carneiro. Campina Grande – PB: uma análise do PROMAST – Programa de Mastologia.** Departamento de Serviço Social – UEPB. Campina Grande – PB. 2002.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. TERRA, Sylvia Helena. CFESS (Orgs.). **Código de Ética Profissional do/a Assistente Social Comentado.** São Paulo: Cortez, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Promulgada em 5/10/1998. Brasília. 1988.

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde.** Brasília, 1990.

BRAVO, Maria Inês Sousa. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** São Paulo: Cortez, 1996.

_____. PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Política de Saúde no Brasil. Cap. 5. 1ª Parte: Política Social e Política de Saúde. *In:* MOTA, Ana Elizabete. et al. (Orgs.) **Serviço Social e Saúde.** São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____. Serviço Social e Saúde: desafios atuais. *In:* **Temporalis.** Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios. Ano I, n. 1, (jan./jun., 2000) – São Luis: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, 2007.

_____. MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. *In:* BRAVO, Maria Inês Sousa. et al., (Orgs). **Saúde e Serviço Social.** 4. ed. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

CFESS. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais.** Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993.

_____. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. Brasília, 2010.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. Cap. 7. 2ª Parte: Serviço Social e Saúde. *In:* MOTA, Ana Elizabete. et al. (Orgs.) **Serviço Social e Saúde.** São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

GUEDES, Heloisa Helena da Silva. CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. Atenção Hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. *In: Serviço Social em Revista*. v. 12. n. 1. 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

LIMA, Gizelda Batista de. **Proposta de Gerenciamento das Portarias para Melhoria no Fluxo e Acesso às Enfermarias**. Programa de Desenvolvimento de Talentos. Curso de Gestão Hospitalar. UFCG. HUAC. Campina Grande – PB, 2011.

_____. **Plano de Atividade Realizado pelo Serviço Social no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC)**. 2012.

MORONI, José Antônio. **Governo Dilma: Uma primeira análise**. Disponível em: <http://colunadoblogdalucia.blogspot.com/2011/03/governo-dilma-uma-primeira-analise-jose.html>. Acesso em: 8 de abril de 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 1987.

REZENDE, Ilma. CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. **Serviço Social e políticas sociais**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

SIMIONATTO, Ivete. NOGUEIRA, Vera Maria. **Políticas de saúde: do projeto formal à prática concreta**. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*. Nº. 44. São Paulo: Cortez, 1994.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

_____. **A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2013.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. Serviço Social e práticas democráticas. Cap. 5. 2ª Parte: Serviço Social e Saúde. *In: MOTA, Ana Elizabete. et al. (Orgs.) Serviço Social e Saúde*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

YASBEK, Maria Carmelita. **O Serviço Social como Especialização do Trabalho Coletivo**. Capacitação em Serviço Social e Política Social: módulo 2: Crise contemporânea, questão social e Serviço Social. Brasília: CEAD. 1999.