



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

SHIRLEY STELLA GOMES DE ALBUQUERQUE

**A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL PARA A VIABILIZAÇÃO DO
DIREITO DO USUÁRIO A SAÚDE NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

CAMPINA GRANDE – PB

2018

SHIRLEY STELLA GOMES DE ALBUQUERQUE

**A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL PARA A VIABILIZAÇÃO DO
DIREITO DO USUÁRIO A SAÚDE NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de bacharelado em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Ms. Débora Suelle de Miranda Lima

CAMPINA GRANDE – PB

2018

É expressamente proibido 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 do trabalho.

A345c Albuquerque, Shirley Stella Gomes de.
A contribuição do serviço social para a viabilização do direito do usuário a saúde no hospital de emergência e trauma dom Luiz Gonzaga Fernandes [manuscrito] : / Shirley Stella Gomes de Albuquerque. - 2018.
37 p. : il. colorido.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2018.
"Orientação : Profa. Ma. Débora Suelle de Miranda Lima, Departamento de Serviço Social - CCSA."

1. Hospital de emergência e trauma. 2. Saúde pública. 3. Assistência social . 4. Saúde . 5. Política pública.

21. ed. CDD 362.1

SHIRLEY STELLA GOMES DE ALBUQUERQUE

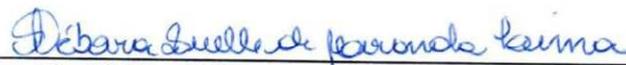
**A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL PARA A VIABILIZAÇÃO DO
DIREITO DO USUÁRIO A SAÚDE NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial, para obtenção do título de bacharelado em Serviço Social.

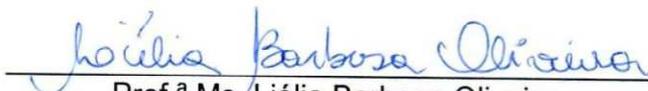
Aprovada em: 20/02/18

Nota 10,0

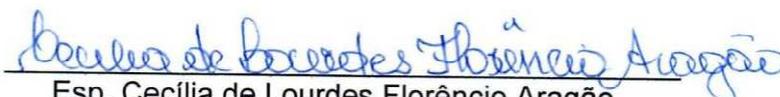
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Ms. Débora Suéle de Miranda Lima
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
(Orientadora)



Prof.^a Ms. Liélia Barbosa Oliveira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
(Examinadora)



Esp. Cecília de Lourdes Florêncio Aragão
Assistente Social HETCG
(Examinadora)

Dedico este trabalho, ao meu amado Deus e a meu pai, (in memoriam) que me ensinou a lutar para viver.

AGRADECIMENTOS

A meu onisciente Deus, agradeço do fundo da minha alma por não me deixar completar este trajeto sozinha, dando-me mil motivos para louvá-lo, porque só Ele e eu sabemos como este percurso foi árduo.

Agradeço à Cibele, minha mãe que, sempre menina, cresceu comigo trocando carinhos e aprendizados.

À Rafaela, minha neta, que, como um presente de Deus, surgiu na minha vida e me fez pensar no amanhã que se concretiza neste momento.

A meus filhos Walberth e Davydson, por serem os responsáveis por travar em mim essa honrosa luta de ser mãe e acrescentarem à nossa família minhas co-filhas, Sandra e Márcia.

A Walker, paterno irmão, que mensurou através de atos o que é o amor.

À Yane Cirlene e Socorro Pereira que, comigo, fazem parte de uma tríade de lutadoras que decidiram romper a barreira do tempo e realizarem um grandioso sonho.

A meus professores e à Universidade Estadual da Paraíba por serem as bases da minha ascensão intelectual.

A todas as Assistentes Sociais do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, pelo acolhimento que me deram durante o tempo de estágio e, principalmente, à coordenadora do Serviço Social Cecília de Lourdes Aragão e à minha supervisora de campo Aldilene Dantas por me mostraram que a realidade e os sonhos eram capazes de caminharem juntos, desde que houvesse competência e comprometimento com o outro.

Por fim, de uma forma especial, deixo a minha terna e eterna gratidão à Débora Suelle de Miranda Lima, mestre e amiga que me orientou de forma magistral, para que eu pudesse estar aqui hoje fazendo um pedaço da minha história.

*Só eu sei
As esquinas
Por que passei
Só eu sei
Sabe lá
O que é não ter
E ter que ter pra dar
Sabe lá...*

(Djavan,1984)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. UM BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	10
3. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	18
4. A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL PARA A VIABILIZAÇÃO DO DIREITO DO USUÁRIO A SAÚDE NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES.	25
4.1 O Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes.....	25
4.2 O Serviço Social e o direito do usuário a saúde no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes.....	28
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICES	37

A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL PARA A VIABILIZAÇÃO DO DIREITO DO USUÁRIO A SAÚDE NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SHIRLEY STELLA GOMES DE ALBUQUERQUE¹

RESUMO

Este trabalho é resultado da experiência de estágio supervisionado obrigatório do curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, que ocorreu no setor de serviço social do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, localizado no bairro das Malvinas na cidade de Campina Grande- Paraíba, por um período de 01(um) ano e 04 (quatro) meses, transcorridos entre 15 de abril de 2016 a 11 de agosto de 2017. O estudo tem como objetivo apontar as contribuições do Serviço Social para a viabilização do direito do usuário a saúde na instituição hospitalar supracitada. A metodologia utilizada se constitui da observação participante ao longo do estágio, aliada à pesquisa bibliográfica, com aporte de renomados autores como: Polignano (2001), Bravo (2006), Netto (2011), Yamamoto (2013), Teixeira (1989) entre outros. Através do estudo ficou clara a importância da atuação do assistente social no referido hospital, sobretudo, na busca do direito a saúde dada à vulnerabilidade dos usuários no que se refere à compreensão de seus direitos, deveres.

Palavras-chave: Saúde; Serviço Social; Hospital de Emergência e Trauma.

1. INTRODUÇÃO

Este artigo resulta da experiência de estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social, atividade acadêmica imprescindível à formação superior, que ocorreu no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, localizado no bairro das Malvinas na cidade de Campina Grande no estado da Paraíba e que se estendeu por um período de 01(um) ano e 04(quatro) meses, transcorridos entre 15 de abril de 2016 a 11 de agosto de 2017.

¹ Discente de graduação em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba- Campus I
Email: Shirley_stella@hotmail.com

Por conseguinte, o artigo que ora expomos tem por objetivo apontar as contribuições do Serviço Social para a consolidação do direito do usuário a saúde na instituição hospitalar supracitada.

A metodologia utilizada diz respeito à observação participante inerente ao estágio, aliada à pesquisa bibliográfica em textos de renomados autores como: Polignano (2001), Bravo (2006), Netto (2011), Iamamoto (2013), Teixeira (1989).

Subsidiado pelo governo estadual, o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes é o maior e mais moderno em equipamentos e atendimentos de alta complexidade da região, presta atendimento a usuários do estado da Paraíba e de estados circunvizinhos.

Sua estrutura física é de uma área construída de 22 mil metros quadrados que comporta dois mil funcionários, que vão compondo uma grande equipe multiprofissional e participativa. Disponibilizando de 292 leitos, o hospital possui 03 unidades de terapia intensiva (UTI, azul, rosa e pediátrica); 06 grandes enfermarias (ortopédica I e II, neuro buco facial, queimados, clínica, cirúrgica e pediátrica); 03 áreas (verde, amarela, vermelha) e 02 alas (laranja e vermelha).

Com o lema “salvar vidas”, o Hospital de Emergência e Trauma presta um atendimento humanizado, conveniado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando assistência para todos os que necessitadamente o buscam.

No hospital de Emergência e Trauma, o Serviço Social tem uma enorme relevância no trabalho assistencial junto aos pacientes e seus acompanhantes, que vai do acolhimento aos encaminhamentos necessários para que o atendimento ocorra de forma eficiente, contribuindo para que haja a viabilização dos seus direitos. A prática exercida pelo assistente social na instituição configura-se como uma estratégia ponte para uma atenção integral ao sujeito compreendendo o processo do adoecer para além da relação saúde/doença. Por isso, entende-se como de extrema relevância verificar quais as contribuições que este profissional tem dado, a partir de sua atuação, para a viabilização do direito a saúde garantida por lei a esses usuários.

Para uma maior compreensão do objetivo proposto, foram utilizados, neste artigo, três tópicos: o primeiro referente à política de saúde no Brasil do

seu surgimento até a consolidação do SUS; o segundo ao Serviço Social na saúde seus entraves e conquistas; e o terceiro a contribuição do Serviço Social para a viabilização do direito do usuário à saúde no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, considerando desde a caracterização da unidade hospitalar, até a vivência e a atuação ética e responsável das pessoas empenhadas em desenvolver um serviço social num hospital público.

Nessa conjuntura de intensa vulnerabilidade, o assistente social vai tecendo o seu profissionalismo desde o acolhimento das demandas explícitas (aparentes) até as implícitas (ocultas) que podem ser identificadas na interação cotidiana.

Esperamos, através dessa elaboração teórica, contribuir para uma melhor compreensão da temática abordada, decifrando a relação entre a atuação do assistente social na política de saúde e a efetivação do direito a saúde dos usuários do SUS.

2. UM BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A compreensão da importância do Serviço Social nos espaços voltados ao cuidado e a preservação da vida necessita de uma contextualização histórica acerca das iniciativas voltadas à saúde de uma forma mais abrangente.

Assim, salientamos que, nas primeiras décadas do século XX, a política de saneamento se expandiu por todo Brasil, predominando o modelo do sanitarismo campanhista. Época, em que o autoritarismo militarista usava de força em suas ações para intervir nos processos de saúde, doença e na proteção dos campos e portos, para garantir a exportação do principal produto que era o café. Houve nesse período reivindicações e movimentos para a elaboração de um novo sistema de saúde como também trabalhista, já que os operários brasileiros não tinham quaisquer garantias, o que foi mudado com a indução dos operários europeus que da grande mão de obra no processo de industrialização do Brasil. Foram realizadas duas grandes greves no país, uma em 1917 e a outra em 1919 resultando em algumas conquistas por direitos sociais como as caixas de aposentadorias e pensões. Nessa conjuntura o

deputado federal paulista, Eloi Chaves, leva ao Congresso Nacional o decreto legislativo nº4682, para que fosse instituída as CAPs, caixas de aposentadoria e pensões antes reivindicadas. E em 24 de janeiro de 1923 fora aprovada a *Lei Eloi Chaves*, que determinava a criação de caixas de aposentadorias e pensões (CAP) para os operários urbanos, a nível nacional. Com a CAP, os operários tiveram alguns direitos conquistados, como assistência médica-curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadorias por tempo de serviço, velhice, invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. Dessa forma, a Lei Eloy Chaves é considerada um marco histórico pelas características mais próximas ao conceito atual da previdência (POLIGNANO, 2001).

Por serem as CAPs organizações privadas formadas por empresas e, posteriormente, por setores de atividade econômica estratégica, ainda em 1923 foi criada a primeira CAP, a dos ferroviários, naquela época um setor de grande importância para economia do país, diretamente ligado ao processo de produção e reprodução de mercadoria, formado basicamente na monocultura do café voltada para a exportação (Cohn, 1977; Behring & Boschetti, 2006). Posteriormente, mediante mobilizações e organizações dos trabalhadores, foram criadas outras CAPs que representavam várias empresas, totalizando 47 caixas, com 142.464 segurados ativos, 8.006 aposentados, e 7.013 pensionistas no ano de 1930 (POLIGNANO, 2001).

A grande crise econômica de 1929 trouxe a decadência dos poderes estaduais e o fim da república das oligarquias no país, propiciando a formação de um novo governo a ditadura getulista (1937 a 1945) e uma nova forma de governar, marcada pelo autoritarismo, supressão das liberdades individuais e pela intervenção do Estado, embora, paradoxalmente, apresentando grande avanço nas políticas sociais e econômicas trazendo enorme ascensão na industrialização do país.

Na saúde, ainda nos anos 1930 teve início à substituição das CAPs pelos IAPs (Instituto de Aposentadoria e Pensões), bem mais estruturados, estes institutos eram criados de acordo com a importância das categorias profissionais e não das empresas. O primeiro foi em 1933 dos Marítimos (IAPM), em 1934 dos Comerciantes (IAPC) e dos Bancários (IAPB), em 1936, dos Industriários (IAPI) em 1938 dos Transportadores e dos Estivadores

(IAPETEL) dos servidores do estado (IPASE) e, em 1945, o do Serviço Social no Brasil (ISS), (SANTOS 1982).

Nesta década, também foi criado o Ministério da Educação e Saúde e organizada uma política nacional de saúde a partir de dois eixos: da saúde pública e da medicina previdenciária ligada aos IAPs e suas categorias correspondentes. A saúde pública foi desenvolvida por meio de campanhas sanitárias, coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde, criado em 1937, onde há, ao mesmo tempo, o desenvolvimento da saúde privada e filantrópica, referente ao atendimento médico-hospitalar.

Nos anos de 1940, foi criado o SESP (Serviço Nacional de Saúde Pública), a princípio voltado para o saneamento e assistência médico-sanitária focada na população ligada à extração da borracha, ou seja, a Amazônia e a região do Vale do Rio Doce, intensificando-se fazendo um trabalho de educação sanitária, e controle de doenças transmissíveis priorizando as áreas rurais de grande carência (CAMPOS, 2008).

O período de 1945 a 1964 caracteriza-se pela crise do regime populista e pela tentativa de implantação de um projeto de desenvolvimento econômico industrial. As condições de saúde da maioria da população pioravam; surgiram propostas por parte do movimento social, no início dos anos 1960, reivindicando reformas de base imediatas dentre elas uma reforma sanitária, mas a reação política do setor conservador levou ao golpe militar de 1964 (LUZ, 1991).

Nos anos 1960 todos os IAPs tiveram grande relevância no desenvolvimento econômico, até que em 1966, depois de ser formada uma comissão para reformular o sistema previdenciário, os institutos foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

O INPS integrava o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e se encarregava da manutenção de benefícios aos empregados e empregadores urbanos e rurais e a seus dependentes, esses benefícios consistiam em aposentadoria por invalidez, velhice, ou tempo de serviço, pensões, auxílios natalidade, doença ou funeral, abonos, pecúlios, salários família e maternidade e o seguro por acidente de trabalho, todos esses benefícios eram restritos a todos os brasileiros que trabalhavam com carteira

assinada, ou seja, vinculados ao mercado formal de trabalho. Os recursos eram provenientes das contribuições dos empregados dos empregadores e da União, que se encarregava dos gastos administrativos.

Em 1977 surgiu o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) para dar assistência no atendimento médico, hospitalar e ambulatorial aos contribuintes do INPS e seus dependentes e o IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência Social) que ficava responsável pela administração e o controle financeiro da previdência, tal como arrecadação, fiscalização e cobranças das contribuições. A gestão do INPS durou 26 anos, atravessando tentativas de acertos, buscando melhorias no estado sanitário da população que se organizava em torno da luta por melhores condições de saúde, culminando no fortalecimento do Movimento de Reforma Sanitária.

Um intenso período de crise econômica toma conta do mundo na década de 1980 e o Brasil atravessou uma série de mudanças estruturais em busca de defender o aperfeiçoamento democrático de consolidação da cidadania e de propostas para uma melhor condição de vida. Muitas fraudes, corrupções e péssimas condições de trabalho fizeram com que o sistema previdenciário entrasse em colapso. Para reformular este sistema em 1990 houve a fusão entre o INPS e o IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência), iniciando o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Quatro grandes acontecimentos predominaram na saúde pública nos anos 1980: a construção do projeto de reforma sanitária; a VIII Conferência Nacional de Saúde; a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), (BRAVO, 2001).

O Movimento de Reforma Sanitária foi um movimento social, estrutural, sindical se consolidou na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 quando todos os seguimentos da sociedade civil discutiram sobre um novo modelo de saúde para o Brasil destrinchando três grandes temas; saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial, que serviram de subsidio para que os constituintes elaborassem do artigo 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 que preconiza a saúde como um direito

do cidadão e um dever do Estado, Sendo assim definido o registro do SUS (SILVA, 2010).

Muito embora não tenha se limitado ao setor saúde, a Reforma Sanitária foi um movimento social, popular, estrutural, sindical e profissional, contra a ditadura e o autoritarismo das práticas de saúde em defesa da saúde como parte da democratização da sociedade, do Estado e da cultura, nasceu de um conjunto de idéias que englobavam mudanças e transformações necessárias em todas as áreas, de modo que garantisse melhoria nas condições de vida da população brasileira, tendo como objetivos, segundo a Associação Brasileira de Saúde Coletiva: Construir coletivamente um projeto nacional para o país que promova a inclusão; Reforçar o papel do Estado e promover mudanças estruturais nos mecanismos de financiamento; Promover reforma democrática do Sistema Político Brasileiro; Promover Reforma Tributária que recupere os princípios basilares da justiça fiscal; Rever a Lei de Responsabilidade; Reafirmar o Sistema de Seguridade Social Brasileiro; Ampliar os recursos destinados à saúde; Extinguir os subsídios diretos e diminuir progressivamente o gasto tributário com o setor privado; Renovar o pacto federativo com responsabilização de gestores federal, estaduais e municipais do SUS na efetivação da regionalização e das redes de atenção à saúde; Adotar irrestrito caráter público nos mecanismos de contratação de prestadores de serviços; Adequar a formação em saúde às necessidades do SUS; Implantar carreiras do SUS de base municipal, regional ou estadual, tanto para a gestão de serviços de saúde como para a atenção a saúde, de acordo com as diretrizes nacionais e com os planos plurianuais de saúde; Promover o conhecimento e o desenvolvimento de tecnologias voltadas às necessidades de saúde da população (ABRASCO, 2014).

A pressão popular e vários acordos políticos fizeram com que o texto constitucional atendesse a várias reivindicações do movimento sanitário: Segundo Teixeira (1989) os principais aspectos aprovados foram: O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre assegurados e não assegurados, rural /urbano; As ações e Serviço de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do

Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral com a participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde de forma complementar preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos; A proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Criado pela Constituição de 1988 como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080/90 de organização e funcionamento, surge o SUS tendo como princípios doutrinários, segundo Matos (2003): A universalidade, a partir da qual o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; A equidade - um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, de modo que a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida; A integralidade que significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades.

Destes derivaram alguns princípios organizativos como: A hierarquização, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, referência e contra-referência, isto é, a unidade de saúde é articulada da mais simples a mais complexa dependendo dos graus de procedimentos, pode ser de baixa, média e alta complexidade; A participação popular, ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde no chamado Conselhos Municipais de Saúde; A descentralização político-administrativa, consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS.

Com base no princípio de hierarquização a saúde é dividida em baixa complexidade que é a atenção básica subentendida em procedimentos simples

e baratos capazes de atender ações de saúde pública ex: unidade básicas de saúde (UBS), a média complexidade composta por ações e serviços que visam atender agravos a saúde da população ex: unidades de pronto atendimento (UPAS) e alta complexidade que é um conjunto de procedimentos que num contexto hospitalar envolve alta tecnologia e alto custo, propiciando a população acesso a serviços qualificados (CONASS,2007), na alta complexidade encontra-se o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes no qual realizamos o estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social.

Dentre os objetivos e atribuições do SUS, destacam-se: a execução de ações de saneamento; a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular as políticas de saúde; fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas; executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica; executar ações visando à saúde do trabalhador; participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde; realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar; participar das ações direcionadas ao meio ambiente; formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; efetivar controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; Fiscalizar a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; participar no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde; formular e executar a política de sangue (POLIGNANO, 2001).

Tomado pela política neoliberal na década de 1990, o Brasil passa por grandes transformações e, no que tange ao setor de saúde, apesar do compromisso com os ideais integralizadores da Reforma Sanitária, ao implementar as políticas de modo fragmentado, perpetua a falta de integração entre os conteúdos propostos, enquanto nega os saberes, desejos e experiências acumuladas dos usuários. A política de saúde vincula-se aos processos econômicos, políticos, culturais e ideológicos, e a sua constituição

enquanto prática social relaciona-se ao modo de desenvolvimento social do País, o que gera um desmonte dessa política, como pensada na década de 1980 e consolidada com promulgação da Constituição Federal em 1988, que se intensifica no contexto atual (SARRETA, 2009).

O Projeto da Reforma Sanitária é questionado e o projeto de saúde articulado ao mercado privatista é consolidado, com esta consolidação o Estado reduz a sua atuação que está pautada na política de ajuste que tem como princípios a contenção dos gastos, precarização, terceirização dos recursos humanos, privatizações e, assim, a não concretização da universalidade, princípio constitucional, que preza pelo acesso de todos aos serviços de saúde.

Assim, compreende-se que o desafio posto na atual conjuntura, passa pela organização popular na busca de fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária, tendo por objetivo superar as profundas desigualdades sociais existentes em nosso país e que foram aprofundadas no contexto atual rebatendo diretamente nas condições de saúde da população. É necessário um amplo movimento das massas que retome as propostas de superação da crise herdada e avance em propostas concretas para a continuidade do SUS (BRAVO, 2001).

Na política de saúde situa-se como profissão que se destaca na contribuição da luta pela garantia da saúde como direito social e pela continuidade da proposta de Reforma Sanitária, conforme prevista na década de 1980, o Serviço Social. Sobre o surgimento desta profissão e sua relação com a política de saúde falaremos no tópico subsequente.

3. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

O Serviço Social é uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho, que se situa no processo de reprodução das relações sociais. Tendo uma atuação de caráter sócio-político, crítico e interventivo, utiliza-se do instrumental científico multidisciplinar das ciências humanas e sociais para

trabalhar as desigualdades sociais, econômicas e culturais oriundas da sociedade capitalista (IAMAMOTO, 2013).

Esta profissão, em sua origem, foi estruturada por organizações religiosas, especialmente a Igreja Católica Romana, de modo que nos primórdios, tinha sua prática fundamentada e inspirada na providência divina, uma vez que,

...o trabalho social consistia no reforço da moralidade e da submissão das classes dominadas. Era, portanto, o controle social da família operária para adequar e ajustar seu comportamento às exigências da ordem social estabelecida (FALEIROS, 2001, p. 88).

No Brasil, dentro do movimento de reação católica no Rio de Janeiro em 1920, surge a Associação das Senhoras Brasileiras e em 1923 em São Paulo, a Liga das Senhoras Católicas duas instituições assistenciais que realizavam obras sociais, trazendo assim embrionariamente a assistência social.

A importância dessas instituições e obras, e de sua centralização, a partir da cúpula da hierarquia, não pode ser subestimada na análise da gênese do Serviço Social no Brasil. Se sua ação concreta é limitada, se seu conteúdo é assistencial e paternalista, será a partir de seu lento desenvolvimento que se criarão as bases materiais e organizacionais, e principalmente humanas, que a partir da década seguinte permitirão a expansão da Ação Social e o surgimento das primeiras escolas de Serviço Social (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008, p. 167).

Na década de 1930, o mundo entra numa grave crise, que afeta diversos países dentre eles o Brasil que passa a sofrer grandes impactos econômicos e políticos, oriundos do capitalismo monopolista, originando algumas mudanças na estrutura política e econômica do país, como a revolução de 1930 com o governo de Getúlio Vargas caracterizado pela ilimitação de poder, e a queda no preço do café, que por ser um produto de grande valia para o mercado exportador, ocasionou a elevação do custo de vida, redução de postos de trabalho, salários baixos e obviamente uma

aceleração da pobreza, fome e miséria, obrigando o Estado a intervir sobre essas expressões da questão social (CARVALHO, 2006).

Da necessidade de enfrentamento das expressões da questão social e de controlar as demandas dos movimentos e lutas sociais da classe trabalhadora surge na década de 1930, mais precisamente em 1936 a partir do surgimento das primeiras escolas, o Serviço Social no Brasil,

...sua função enquanto profissão para classe burguesa deve seguir na direção de amenizar conflitos, uma vez que “se alicerça tanto no processo conservador de manutenção da ordem como no processo renovador [...] de mudança do comportamento em função das normas de higiene social, controle biopsíquico, recuperação dos indivíduos”. [...]das assistentes sociais subindo os morros das favelas para levar as pessoas a regularizarem suas relações de casal por uma certidão de casamento ou certidão de nascimento dos filhos e a evitar relações consideradas promíscuas ou perigosas: era a ordem moral e social para harmonizar classes sociais e edificar a “boa família”, o “bom operário”, o “homem e a mulher sadia” (FALEIROS, 2005, p.13).

Tratando-se do Serviço Social na saúde data-se da década de 1930, a inserção dos profissionais assistentes sociais na área. Segundo Assumpção (2007), a inserção dos assistentes sociais na área da saúde se dá de forma expressiva desde os primórdios da profissão no Brasil, com a formulação da Política Nacional de Saúde nos anos 1930, a requisição por profissionais de Serviço Social foi significativa e eles ocuparam inicialmente espaços institucionais como hospitais e ambulatórios. Gradativamente a área da saúde tornou-se a que mais empregava assistentes sociais. .

Recebendo influencia norte-americana nos anos 1940 e 1950 o serviço social enfatiza a idéia de ajustamento psicossocial, buscando responder as demandas apresentadas pela população. Nesse período, o Serviço Social brasileiro passa a utilizar-se das técnicas de caso, grupo e comunidade, sendo estes os três principais métodos que eram usados como formas interventivas da profissão (ESTEVÃO,1985).Demonstrando claramente a opção da profissão pela adequação do indivíduo ao modo de sociabilidade burguês, necessário para a continuidade do sistema capitalista de produção.

Para Bravo (2006) a inserção do Serviço Social na área da saúde inicia com a ação pioneira do Serviço Social no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, em 1943, denominado Serviço Social Médico. Fazia parte da ação profissional neste campo, a racionalidade técnica e os novos conhecimentos do Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade, influenciados pelos assistentes sociais norte-americanos.

Importantes interlocutores no que se referem às pesquisas, estudos e publicações sobre o tema: Serviço Social e Saúde apontam que na década de 1940 a ação profissional nesta área ampliou-se significativamente, e transformou-se na esfera que mais absorveu os assistentes sociais. Os autores atribuem tal expansão a fatores como: a adoção de um conceito ampliado de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948 o qual requisitou a atuação de vários profissionais, inclusive de assistentes sociais, por haver-se dado enfoque ao trabalho em equipe multidisciplinar. Coube ao Serviço Social enfatizar “a prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde”, e atuar em programas estabelecidos pelas normatizações da política de saúde” (BRAVO; MATOS, 2006, p. 29).

A partir de 1955, essa forma de atuação passa a ser questionada, mediante o contexto social de intensificação da pauperização ocasionada pelo processo de industrialização pesada e pela política desenvolvimentista, com abertura para o capital estrangeiro, implantada pelo presidente Juscelino Kubistchek, neste momento intensificam-se as demandas postas para os assistentes sociais que passa a sentir a necessidade de sintonizar-se com as mudanças sociais e aperfeiçoar-se no plano técnico, científico e cultural.

Porém, nos anos 1960 o país passa por um momento ditatorial que se iniciou no dia 31 de Março de 1964, rebatendo “de modo abrupto, violento, e radical nos avanços do processo organizativo das classes populares” (MARTINELLI, 2005, p. 141), ocasionando “... retração de todos os movimentos de natureza social” (op. cit.) refletindo assim, no distanciamento da atuação do Assistente Social das demandas políticas da classe trabalhadora. Esse período foi marcado pela concentração e centralização do poder em todos os níveis e

por promover benesses ao capital estrangeiro e a grandes grupos nativos, ocasionando arrocho salarial e o crescimento da pauperização.

Assim compreende-se que nos anos 1960, ao longo dos quais se processou um agravamento do quadro político nacional, encontrava-se o Serviço Social recuado do cenário histórico, produzindo e reproduzindo práticas incapazes de se somarem aos esforços de construção e prevenção de espaços democráticos em uma sociedade oprimida por uma ditadura militar (MARTINELLI, 2005).

Porém, é nos anos 1960 e 1970, em contexto de ditadura militar, que ocorre o Movimento de Reconceituação da profissão, entendendo-se a necessidade modificar os conceitos de base teórica religiosa e criar novos espaços profissionais, que se expressa em termos tanto da reatualização do tradicionalismo profissional, quanto da busca de ruptura com o conservadorismo.

Do fim da década de 1960 até 1973, o Serviço Social em seu processo de renovação apresentou três grandes perspectivas norteadoras: Perspectiva Modernizadora, Perspectiva de Reatualização do Conservadorismo e Perspectiva de Intenção de Ruptura.

Na perspectiva modernizadora, o serviço social pode ser visto como uma resposta à crise de legitimidade, isto é, a necessidade de reconceituar o seu papel funcional e social, adotando uma postura neutra e por vezes inócua para o cumprimento dos objetivos propostos. A tecnificação e expansão das áreas de atuação seriam os caminhos para solidificar a identidade do serviço social na sociedade contemporânea. Nesse contexto, cabe expor que o lastro conservador não foi erradicado do Serviço Social pela perspectiva modernizadora ela explorou particularmente o seu vetor reformista e subordinou a suas expressões às condições das novas exigências que a “modernização conservadora” colocou ao exercício profissional (NETTO, 2011).

No processo de Reatualização do Conservadorismo, o Serviço Social busca aperfeiçoar as antigas práticas profissionais de acordo com as novas exigências do perfil profissional, ou seja, busca-se mantê-las num viés mais crítico que pudesse apresentar argumentos plausíveis para adentrar a nova prática profissional. Essa perspectiva “supunha reatualizar o conservadorismo,

embutindo-o numa ‘nova proposta’, ‘aberta’ e ‘em construção’” (NETTO, 2011, p.203). Em suma a Reatualização do Conservadorismo não impõe mudanças significativas no agir profissional, pois mantêm em seu seio algumas práticas conservadoras (NETTO, 2011).

Já a intenção de ruptura, almejava romper totalmente com o Serviço Social tradicional propondo uma quebra com seus procedimentos metodológicos, ideológicos, teóricos e com o seu conservadorismo, bem como com a tradição positivista, propondo construir-se sobre bases quase que inteiramente novas em decorrência do seu projeto de romper com o tradicionalismo e suas implicações teórico-metodológicas e prático-profissionais (NETTO, 2011).

Essa perspectiva tem caráter opositor à autocracia burguesa. É caracterizada pela formação de uma massa crítica de assistentes sociais que se propuseram a procurar alternativas para a superação da prática do serviço social tradicional.

A partir da aproximação com a teoria social crítica Marxista nas décadas de 1970 á 1980, o Serviço Social passa a ter uma maior compreensão das transformações social e política da sociedade capitalista que levam a intensificação da questão social e de suas expressões, contribuindo decisivamente para um processo de ruptura teórica e prática com o conservadorismo, fortalecendo o processo de reorganização e fortalecimento das entidades representativas o que favorece seu direcionamento em favor das lutas da classe trabalhadora, expresso no seu processo de formação proposto a partir da reforma curricular, da produção do conhecimento na área, da construção coletiva do Código de Ética do Assistente Social e da atual Lei de Regulamentação da Profissão.

Porém, entre os anos 1950 a 1970 o Serviço Social, manteve suas ações em hospitais e ambulatórios inalteradas, e embora na década de 1980 a profissão seja marcada por um período de maioridade intelectual no que se refere ao direcionamento crítico do Serviço Social as práticas no âmbito da saúde não sofrem muitas modificações.

Percebe-se que só na década de 1990 os assistentes sociais inseridos no âmbito da saúde iniciam uma aproximação e comprometida com a

perspectiva crítica, o que promove a ampliação de debates teóricos, políticos e sociais, mesmo tendo que exercer ações transversais ao trabalho profissional. A partir de então parte-se da compreensão de que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social, atentando que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto ético-político tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (Matos, 2003).

Considera-se que o código de ética apresenta ferramentas necessárias para o trabalho dos Assistentes Sociais na saúde, destacam-se entre seus onze princípios fundamentais: A defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; O posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária.

Os Assistentes Sociais têm como compromisso a defesa do SUS, de forma a representar, de maneira significativa, sua contribuição em torno da conquista da saúde como bem público. Com relação à intervenção e aos procedimentos, têm sua prática junto aos usuários, e sua atuação voltada ao acolhimento, identificando as necessidades e demandas do usuário e sua família, produzindo vínculo entre ambos.

O Assistente Social inicia sua aproximação com o usuário com o resgate de algumas informações que previamente é possível dispor, através da leitura do prontuário do mesmo. Assim, o Serviço Social encontra formas que garante que o assistente social no âmbito da saúde, apesar de estar num contexto capitalista, faça um trabalho de excelência, cumprindo a tarefa de ser um instrumento de modificação social (OLIVEIRA,2009).

Atualmente o Serviço Social norteia a sua prática com base nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Publicado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2010 o texto vem oferecendo subsídio para uma prática condizente com o que preconiza a legislação da profissão e o seu projeto ético-político. Esse documento,

Visa responder, portanto, a um histórico pleito da categoria em torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços, ora pelos empregadores desses profissionais no setor saúde. Procura, nesse sentido, expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde, considerando a particularidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde, bem como na atenção básica, média e alta complexidade em saúde (CFESS, 2010, p. 11,12).

Esse documento ressalta que a equipe de saúde, bem como os empregadores por falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais, têm historicamente requisitado destes, ações que não são de sua competência como: marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes; solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; pesagem e medição de crianças e gestantes; convocação do responsável para informar sobre alta e óbito; comunicação de óbitos; emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social; entre outras. Segundo os Parâmetros,

Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010, p.41).

Sendo assim, o documento enfatiza que para avançar na delimitação das atribuições e competências dos assistentes sociais é necessário considerar as expressões específicas da questão social que desafiam a pesquisa concreta de situações concretas, a investigação da realidade torna-se fundamental e precisa ser transversal a todas as ações, torna-se fundamental também o fortalecimento do projeto ético-político profissional no cotidiano do trabalho do assistente social, contrapondo-se aos valores liberais que encobrem a dimensão coletiva das situações sociais presentes na vida dos indivíduos e grupos.

Sobre as contribuições dadas pelo Serviço Social para a viabilização do direito a saúde no Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande-PB, falaremos no tópico abaixo.

4. A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL PARA A VIABILIZAÇÃO DO DIREITO DO USUÁRIO A SAÚDE NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Para compreendermos a contribuição do serviço social para viabilização do direito do usuário a saúde no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes faz-se necessário conhecer a história da instituição, sua estrutura geral e o lugar da profissão nesta unidade hospitalar. Estas questões irão ser abordadas na presente sessão.

4.1 O Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Segundo informações do site do governo do Estado da Paraíba, no início do ano 2000 a situação da saúde hospitalar em Campina Grande era gravíssima, havia poucos hospitais e a maioria privados para atender as enormes demandas de alta complexidade como casos de urgências e emergências. Fatos relevantes de mortes dos usuários após peregrinações pelos hospitais abalavam a opinião pública paraibana, fazendo emergir movimentos populares em torno de melhores condições de saúde. Mediante as reivindicações do povo em busca de uma saúde emergencial, uma equipe

liderada pelos médicos; João Menezes e Márcio Rocha expôs o problema ao então governador José Maranhão o que o levou a criar um hospital de emergência e trauma na cidade.

Assim foi inicialmente estruturado em 23 de março de 2001, o Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, numa área de 4 mil metros quadrados, situado na rua Floriano Peixoto-1045, bairro de São José, distribuídos em três andares, que se constituía em: enfermarias, sete consultórios, 4 salas de cirurgias, 1 UTI para 10 pacientes, sala de suturas, setores de raio-X e endoscopia, Centro de Assistência Toxicológica e recepção. Tendo o médico Márcio Rocha como primeiro diretor geral, o hospital passou a ser um dos mais movimentados do Estado, sendo o único hospital totalmente público, a funcionar com médicos plantonistas em todas as especialidades, contando com um corpo clínico de 249 médicos.

Porém, com o passar dos anos, a cidade crescia e o Hospital Regional de Emergência e Trauma já não comportava tamanhas demandas. A busca por melhores acomodações emergenciais na saúde eram necessárias, lutas e reivindicações da população eram uma constante nesse sentido, o que levou a construção de um novo espaço hospitalar.

Assim, em 05 de julho de 2011 numa solenidade marcada pela presença governador Ricardo Coutinho foi entregue o novo Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes localizado no bairro das Malvinas. O referido hospital é considerado o maior e mais moderno em equipamento de saúde na área de alta complexidade e referência no atendimento em urgência e emergência no Estado da Paraíba, prestando atendimento a 203 municípios e estados vizinhos como Rio Grande do Norte, Ceará e Pernambuco, com a capacidade de prestar atendimento a 1,9 milhões de paraibanos, o atendimento a outros Estados denota a precariedade do atendimento no que tange a saúde, ocasionando a superlotação nos grandes hospitais, o que se constitui em um grande desafio no contexto da saúde pública e universal.

O referido hospital Possui área construída de 22 mil metros quadrados, com um heliporto, amplo estacionamento para 516 veículos, sua estrutura é composta por recepção, direção, administração, ouvidoria, auditório, sala de

reuniões, refeitório para funcionários e acompanhantes, posto policial para a ala privativa a apenados, isolamentos, salas de clínica médica, cirúrgica, ortopédica, traumatológica, pediatria e clínica especializada em oftalmologia, otorrinolaringologia, neurologia e buco-maxilo-facial, centro cirúrgico, URPA (unidade de recuperação pós-anestésica) e de diagnóstico, laboratórios em microbiologia, parasitologia e análise hematologia, central de imagens, sala de suturas curativos e gesso, central de abastecimento farmacêutico, depósito de material de limpeza, higienização.

O Hospital de Emergência e Trauma ainda conta com uma grande equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionista, fisioterapeutas, técnicos em enfermagem, técnicos em radiologia, técnicos administrativos, supervisores, coordenadores, maqueiros, auxiliares de serviço gerais, cozinheiras, copeiras e motoristas, além de uma central de transplante e UTIs com 30 leitos. Assim, o hospital disponibiliza de 292 leitos, 340 médicos, sendo 64 em regime de plantão presencial de 24 horas.

Apesar da estrutura física supracitada e do número de profissionais descrito as demandas postas no cotidiano apontam para a necessidade de ampliação de ambos, sendo constante a falta de leitos nas diversas áreas e alas, bem como a necessidade de ampliação do número de profissionais. Apesar desses desafios há por parte dos trabalhadores a busca de prestar o melhor atendimento a toda população de forma humanizada e eficaz assegurando a saúde a todos. De acordo com o setor de estatística do hospital, no primeiro semestre de 2017 o Trauma prestou atendimento a 40.570 pessoas, realizando 4.201 cirurgias em diversas especialidades, chegando a atender uma média diária de 250 pacientes. Estes dados obviamente nos mostram o quanto é difícil manter um hospital de tamanha magnitude.

Há também déficit em recursos materiais que chegam a agravar o encaminhamento de alguns procedimentos cirúrgicos ou ministração de medicamentos. Muitas vezes por motivos de licitações as demandas são intensificadas formando filas de espera nas enfermarias causando grande caos aos pacientes e aos acompanhantes que não tem acomodações propícias, um reflexo da crise na saúde pública brasileira.

4.2 O Serviço Social e o direito do usuário a saúde no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Percebendo a necessidade de profissionais com formação que permitisse o enfrentamento das expressões da questão social no âmbito da saúde, desde a sua inauguração os dirigentes da unidade hospitalar tiveram a iniciativa de contratar Assistentes Sociais para a formação do seu quadro de funcionários, de modo que há assistentes sociais efetivos (concurados), contratados por processo de seletivo, e os que trabalham por produtividade, estes sem vínculo empregatício recebendo salário de acordo com sua produtividade, ou seja, por plantões que podem ser de 12 ou 24 horas. Os vários tipos de vínculos empregatícios apontam para o processo de precarização do trabalho que prevê sua flexibilização, deixando o trabalhador desprovido de direitos ligados ao estabelecimento de vínculos formais de trabalho.

Hoje, 36 profissionais atuam no setor da assistência social no Hospital de Trauma, subdividindo-se em duas áreas; emergência, coordenação. Esta divisão serve apenas para melhor desenvolvimento das atividades, já que na realidade há uma interligação nas atuações, ninguém fica parado esperando o outro, nos rodízios de 12 e 24 horas, todos procuram cumprir com todas as demandas sejam elas; na sala de espera, na escuta qualificada, nas campanhas de doação de sangue e de órgãos, nas campanhas de queimados, nas orientações para o recebimento do Seguro DPVAT, nas orientações no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de direitos, nos avisos de óbitos, e altas, muito embora estes dois últimos não sejam atribuições dos mesmos dentro dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.

No âmbito da saúde, é fundamental salientar que a atuação do serviço social, junto ao usuário e a equipe multiprofissional, é participativa e capaz de contribuir com o engrandecimento da unidade hospitalar. Desta forma, as atribuições e competências do profissional de Serviço Social na saúde contribuem diretamente, na defesa das políticas públicas de saúde, na garantia

dos direitos sociais e na luta pela emancipação dos sujeitos sociais, em busca de uma sociedade mais justa e igualitária.

O Serviço Social se apresenta como profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, regulamentada pela Lei 8.662/1993, que se baseando na concepção de uma profissão crítica, contribui com as demais profissões e os diversos setores pertencentes à Política de Saúde. Com base na citada lei os profissionais tem clareza quanto às competências de sua atuação profissional, contribuindo, através da elaboração de planos, programas e projetos, para a desmistificação de tal prática.

São várias as competências do assistente social no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes, dentre elas: Participar do processo de admissão dos usuários através de orientações institucionais; Realizar atendimento individual ao usuário, fazendo os devidos registros nos prontuários dos pacientes e na ficha social; Realizar visitas domiciliares, quando necessário em situações específicas; Prestar orientações educativas aos usuários, acompanhantes e visitantes no processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde; Colocar-se a disposição da família do usuário para esclarecimentos quanto aos seguros sociais, DPVAT, licenças, BPC, entre outros; Solicitar e conscientizar os familiares do paciente, no momento da admissão, da necessidade e reposição de sangue, através da doação; Orientar sobre os direitos dos usuários (Previdenciário, humanos, da mulher, do idoso, entre outros); Receber o paciente de forma humanizada e acolhedora; Registrar no livro de ocorrências do Serviço Social todas as informações que necessitem ser repassadas; Planejar ações com a equipe do setor; Buscar junto à família, acompanhantes para pacientes idosos, deficientes e outras situações que necessitar; Requisitar ambulância para transportar paciente de alta hospitalar; Atender, orientar e dar encaminhamento às demandas que chegam ao Serviço Social; Informar ao responsável do paciente, quanto às rotinas e funcionamento do hospital, como: horário de visitas, alimentação, troca de acompanhantes, guarda de pertences, entre outras; Esclarecer e facilitar o acesso dos usuários aos diversos serviços prestados na instituição; Emitir declaração de comparecimento ao acompanhante do usuário; Requisitar hospedagem em casas de passagem ou

de apoio aos acompanhantes de pacientes de outras localidades; Realizar contatos com outros serviços da rede sócio assistencial, fazendo os encaminhamentos necessários; Dar notícia do óbito e emitir DO (declaração de óbito) aos familiares ou responsáveis.

Diante das atribuições elencadas acima, percebemos quão necessária é a presença dos Assistentes Sociais no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes a fim de, com a efetivação dessas ações, contribuir para a viabilização do direito do usuário à saúde de forma justa e igualitária, sendo porta de entrada para o atendimento nesta instituição, propiciando uma visão geral da importância não só da continuidade das ações desenvolvidas na unidade hospitalar, mas da própria continuidade do SUS, incentivando a organização popular na luta pela manutenção do Projeto de Reforma Sanitária em oposição ao Projeto Privatista proposto para a saúde no contexto Neoliberal.

Embora algumas dessas atribuições não estejam previstas nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, que tem como finalidade referenciar e orientar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde fornecendo subsídios para possibilitar uma reflexão capaz de fortalecer o projeto ético-político profissional, como atribuição deste profissional, compreende-se que muitas delas aparecem como demanda do empregador no contexto de precarização do trabalho. Por isso, é preciso avançar nos estudos que apontem para a realidade vivenciada pelos profissionais no cotidiano de trabalho, a fim de promover o combate a demandas que não são específicas da profissão e ao mesmo tempo ampliar seu espaço de atuação (CFESS, 2010).

No contexto atual, a profissão apresenta como desafio no referido hospital o desconhecimento por parte dos demais profissionais médicos, enfermeiros, técnicos, entre outros, do que faz o assistente social, permeando no ideário destes ainda a noção de caridade presente nos primórdios da profissão, deste modo ocorre o encaminhamento de demandas que não são específicas da profissão gerando uma sobrecarga de trabalho. O mesmo desconhecimento perpassa o ideário do usuário que percebe o serviço social como setor de ajuda, exigindo soluções imediatas para demandas que não são

específicas da profissão, cabendo ao profissional esclarecer o seu real papel na instituição.

Assim, fica claro que para um atendimento de qualidade no âmbito da saúde, que considere o seu conceito ampliado, faz-se necessário um profissional para intervir nas diversas expressões da questão social que permeiam esse âmbito, garantindo a concretização da saúde como um direito, por isso, no Hospital de Trauma desde sua inauguração o assistente social foi incluso no quadro de funcionários, prestando um relevante serviço à população usuária. Adotando a aproximação à teoria crítica os profissionais assumem um olhar investigativo na busca da compreensão das situações que permeiam a realidade atual e rebatem diretamente na saúde da população.

Deste modo, percebemos significativos avanços nas atribuições dos assistentes sociais no Hospital de Trauma, embora os desafios da hierarquização das profissões na saúde ainda se façam presentes, com requisições a estes profissionais que precisam ser refletidas sobre as orientações da legislação vigente na profissão.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O início do século XX foi determinante para a busca de um sistema de saúde que trouxesse para os operários certa estabilidade, assim o embrião de uma política pública previdenciária surge em 1923, a Lei Eloi Chaves, que em princípio aliava uma estratégia de amparo ao trabalhador idoso, com o fomento às aposentadorias aos serviços de assistência à saúde pela garantia da qualidade de vida dos trabalhadores.

Importantes modificações ocorreram na busca da consolidação de uma política de saúde que atendesse as necessidades da classe trabalhadora, porém, as primeiras modificações só serão percebidas na década de 1980 com o fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária e a promulgação da Constituição Federal de 1988 que origina o Sistema Único de Saúde. Nessa nova conjuntura, a assistência social hospitalar foi consolidada com base no princípio da universalidade, prestando um atendimento sem distinção de cor,

sexo, raça, idade ou condições financeiras, firmando a saúde como direito de todos e dever do Estado.

O Serviço Social que surge no Brasil na década de 1930 em um contexto de intervenção do Estado sobre as expressões da questão social favorável a uma profissão que tinha como função amenizar conflitos, mudar comportamentos e recuperar indivíduos, insere-se na área da saúde no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, inicialmente ocupando espaços institucionais nos ambulatórios, cabendo a eles a prática educativa do modo de vida da população, com relação a hábitos de higiene e saúde o que ampliou substancialmente a atuação nesta área.

As modificações na forma de atuação só ocorrem após o movimento de renovação da profissão em que a mesma aproxima-se da teoria crítica marxista e passa a defender o Projeto de Reforma Sanitária e a continuidade do SUS ameaçado pelo projeto privatista do neoliberalismo que prevê o desmonte dos direitos previstos em lei e na área da saúde tem ocasionado precarização no atendimento à população ameaçando o princípio da universalidade.

Durante aproximadamente um ano e quatro meses de estágio no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, foi possível perceber que o mesmo sofre os rebatimentos da precarização da política de saúde, necessitando da atuação de um profissional para lidar com as expressões da questão social que permeiam o processo do adoecer.

Apesar de contribuir através de suas ações para a viabilização do direito a saúde garantida por lei ao usuário, sendo porta de entrada para o mesmo na unidade hospitalar, a atuação do assistente social é entendida de forma deturpada. Para muitos, o assistente social é apenas o mediador para as reclamações quanto ao funcionamento da unidade hospitalar, às solicitações de orientações, informações de uma forma em geral; de certa forma, essa compreensão remete aos primórdios da prática do serviço social, e leva a ideia de que todo mundo faz serviço social.

Os assistentes sociais, na verdade, são profissionais que compreendem o indivíduo de forma integral, buscando soluções para as problemáticas na sua totalidade, requisitando, para isso, outros profissionais das diversas áreas que compõem o universo hospitalar, tendo como respaldo o Código de Ética do

assistente social e nos Parâmetros Para a Atuação do Assistente Social na Política de Saúde.

É preciso fortalecer a atuação profissional, com base no que predispõe o Projeto Ético-político da profissão, contribuindo para a ampliação dos direitos sociais e para construção de uma nova ordem societária onde, enfim, não haverá exploração nem discriminação de classe, etnia ou gênero.

THE CONTRIBUTION OF THE SOCIAL SERVICE TO THE VIABILITY OF THE USER'S RIGHT TO HEALTH IN THE EMERGENCY AND TRAUMA HOSPITALDOM LUIZ GONZAGA FERNANDES.

ABSTRACT

This work is the result of the experience of the compulsory supervised internship of the Social Service course of the State University of Paraíba, which occurred in the social service sector of the Emergency and Trauma Hospital Dom Luiz Gonzaga Fernandes, located in the district of Malvinas in the city of Campina Grande - Paraíba, for a period of 01 (one) year and (4) four months, from April 15, 2016 to August 11, 2017. The objective of this study was to indicate the contributions of the Social Service to the viability of the user's right to health at the hospital institution mentioned above. The methodology used was composed of participant observation along the stage, allied to bibliographical research, with the contribution of renowned authors such as Polignano (2001), Bravo (2006), Netto (2011), Iamamoto (2013), Teixeira among others, and documents with consultation to official publications. Through the study it was clear the importance of the social worker in the referred hospital, above all, in the search for the right to health given to the vulnerability of users regarding the understanding of their rights and duties.

Key Words: Health; Social service; Emergency and Trauma Hospital

REFERÊNCIAS

ASSUMPÇÃO, Patrícia. Freitas. Schemes. **A integralidade em saúde e o debate do serviço social.** f. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Florianópolis: UFSC, CSE, PGSS, 2007.

BERING, E.R.; BOSCHETTI, **Política Social: fundamentos e história.** São Paulo, Ed. Cortez, 2006

BRAVO, Maria Inês Souza. **A Política de Saúde no Brasil.** In: Mota et.al (Orgs.) Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, nº 88, 2006.

_____. [et al], (orgs). **Saúde e Serviço Social.** 2. ed. – SP: Cortez: RJ: UERJ, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e Projeto Ético. Política do Serviço Social: Elementos para o debate. **In Saúde e Serviço Social,** BRAVO; M.S. et al (Orgs) São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

CARVALHO, Jose Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

COHN, Amélia, **Saúde como direito e como serviço.** São Paulo: Cortez, 1977.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Serie Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, nº2, Brasília: CFESS, 2010.

ESTEVAO, Ana Maria Ramos. **O que é Serviço Social.** São Paulo: Brasiliense, 1985.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Saber profissional e poder institucional.** 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **Estratégia em Serviço Social.** 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 200
IAMAMOTO, Marilda V. **A questão social no capitalismo.** Temporalis. 2004.

O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 24ªed. São Paulo, Cortez, 2013.

IAMAMOTO, M.V.e CARVALHO R. de **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**, esboço de uma interpretação histórica-metodologia. 25ª Ed. São Paulo, Cortez, 2008.

LUZ, Mandel F. **As instituições medicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia.** Rio de Janeiro, Graal, 1991.

MATOS, M.C. de O Debate do Serviço Social na Saúde nos anos 90. In Revista **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, nº74, jun/2003.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**, Uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64. 16ªed. São Paulo: Cortez, 2011.

POLIGNANO, Marcos Vinicius. **Historia das políticas de Saúde no Brasil; uma pequena revisão.** Caderno do Internato Rural- Faculdade de Medicina/UFMG, v35, 2001.

SANTOS, Antonio Gonçalves. **A prática do Serviço Social nas instituições.** São Paulo. Cortez, 1982.

SARRETA. F. O. de; ETO, F. **Educação em saúde: construindo experiências na sobre saúde: Programa de Extensão QUAVISSS.** In: Franca: UNESP-FHDSS, 2007.

TEXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas, sobre a democracia e reforma Sanitária. In: **Reforma Sanitária em Busca de uma teoria.** Teixeira, S.F. (org). São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós – Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

Sites Consultados:

Paraiba.pb.gov.br/hospital-regional-de-cg-nove-anos-cumprindo-a-missão-de-salvar-vidas/ acessado em 10 de novembro de 2017.

Statie.paraiba.pb.gov.br/2011/07/Ricardo-entrega-hospital-de-trauma-de-cg-e-reafirma-“a obra é do povo” acessado em 17 novembro de 2017.

www.usbbrasil.com/usb-malvina-campinagrande-pb-5053260 acessado em 16 novembro de 2017.

www.apontador.com.br/em-malvinas-campina-grande acessado 1 de novembro de 2017.

APÊNDICES



Fonte: Autoria própria (2017)



Fonte: Autoria própria (2017)



Fonte: Autorial Própria (2017)



Fonte: Autorial Própria (2017)



Fonte: Autorial Própria (2017)