



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS – CCSA  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – DSS  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

MARCELA ELAINE DA SILVA SOUZA

**O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE**  
REFLETINDO A REALIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO  
A PARTIR DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL.

CAMPINA GRANDE – PB

2018

MARCELA ELAINE DA SILVA SOUZA

**O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE**  
REFLETINDO A REALIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO  
A PARTIR DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL.

Trabalho de Conclusão de Curso 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<sup>ª</sup>. Ma. Lúcia Maria Patriota.

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.

S719s Souza, Marcela Elaine da Silva.  
O Serviço social na saúde [manuscrito] : refletindo a realidade do hospital universitário Alcides Carneiro a partir do estágio obrigatório em serviço social. / Marcela Elaine da Silva Souza. - 2018.  
33 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2018.

"Orientação : Profa. Ma. Lúcia Maria Patriota ,  
Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA."

1. Política de saúde . 2. Saúde pública. 3. Assistência social. 4. Saúde. 5. Hospital universitário Alcides Carneiro.

21. ed. CDD 362.1

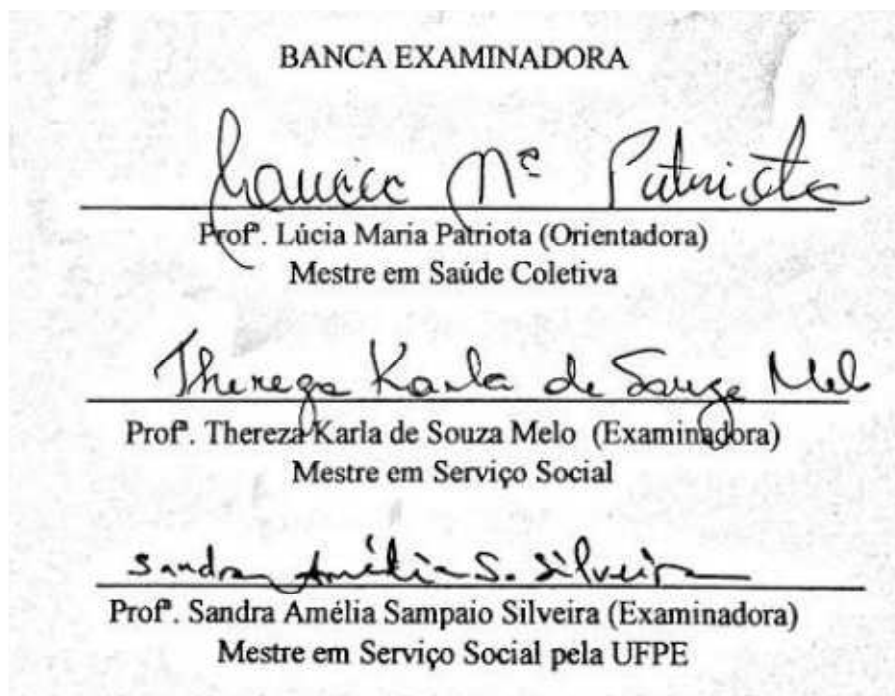
**MARCELA ELAINE DA SILVA SOUZA**

**O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE**

REFLETINDO A REALIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO  
A PARTIR DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL.

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

**Aprovado em 04/07/2018**



## AGRADECIMENTOS

*Agradeço primeiramente a Deus por guiar meus caminhos e me acalmar nas horas de angústia e aflições.*

*Agradeço a minha amada mãe Miriam Tavares, que desde os meus primeiros passos na escola, já me incentivava a crescer mostrando que a base é o estudo e a força de vontade.*

*Agradeço a minha vó Luzia Pereira, que mesmo não estando presente fisicamente, durante sua estadia aqui na terra e ao meu lado, sempre acreditou na minha vitória.*

*Agradeço também ao meu companheiro Pedro Lima por toda paciência, carinho, disponibilidade e incentivos para continuar quando, por várias vezes, eu pensei em desistir.*

*Às minhas supervisoras de estágio e de campo, Sandra Amélia Silveira e Gizelda Batista, por dividirem comigo tanto conhecimento e experiências. Cada vírgula que vocês me passaram, foram, são e serão de enorme importância, seja na minha vida acadêmica, seja na minha vida profissional. Obrigada!*

*À minha orientadora Lúcia Patriota por me guiar por esse caminho que eu achava tão difícil e impossível. Obrigada, professora, por enxergar em mim capacidade suficiente para produzir um artigo sob sua orientação. Serei sempre grata!*

*Agradeço também a UEPB por ter me proporcionado tantos aprendizados diante dos mais valiosos mestres e me dado amigos que viraram irmãos ao longo dos semestres.*

*À todos, sem exceção, meu muito obrigada!*

*“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher.”*

*Cora Coralina*

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
2. AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	07
3. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.....	13
3.1. O serviço social hospitalar.....	19
4. O SERVIÇO SOCIAL NO HUAC.....	22
4.1. O Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).....	22
4.2. A implantação da empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSERH) no HUAC.....	24
4.3 O Serviço Social no HUAC.....	25
4.4 Possibilidades e Limites do serviço social no HUAC.....	27
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
ABSTRACT.....	30
REFERENCIAS	

## **O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: refletindo a realidade do Hospital Universitário Alcides Carneiro a partir do Estágio Obrigatório em Serviço Social**

Marcela Elaine Da Silva Souza<sup>1</sup>

### **RESUMO**

O presente artigo foi construído a partir de observações realizadas durante o período do Estágio Obrigatório em Serviço Social realizado no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) entre abril de 2015 a setembro de 2016. O mesmo teve por objetivo refletir sobre o Serviço Social no Hospital Universitário Alcides Carneiro. Aqui são feitas abordagens sobre a política de saúde no Brasil, o surgimento do Serviço Social na área e a inserção do assistente social no meio hospitalar, incluindo os relatos em torno do cotidiano do trabalho no HUAC. Foi finalizado com as possibilidades e limites impostos diariamente às profissionais do Serviço Social. O interesse por essa temática acerca do Serviço Social atuante nessa área iniciou-se durante o estágio obrigatório, período onde é permitido ao aluno vivenciar e atuar com a supervisão de um assistente social formado. No decorrer do período de estágio percebeu-se o excesso de demandas encaminhadas e/ou solicitadas ao setor de Serviço Social, um número de Assistentes Sociais limitado, a execução de ações que não pertencem à alçada da profissão e a luta diária das profissionais em busca da plena execução de seus direitos enquanto profissionais amparadas por um Código de Ética Profissional e pela Lei de Regulamentação da Profissão.

**PALAVRAS CHAVE:** 1. Política de Saúde 2. Saúde Pública 3. Assistência Social 4. Saúde 5. Hospital Universitário Alcides Carneiro.

### **1. INTRODUÇÃO**

O presente artigo traz o relato de experiência do estágio obrigatório em Serviço Social no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), localizado no bairro São José, em Campina Grande – PB, realizado no período de um ano e meio, iniciando em abril de 2015 e sendo finalizado em setembro de 2016. O mesmo teve por objetivo refletir sobre a trajetória da política de saúde no Brasil e sobre a relação do serviço social com a referida política. Aqui são feitas abordagens sobre a política de saúde no Brasil, o surgimento do Serviço Social na área e a inserção do assistente social no meio hospitalar, incluindo os relatos em torno do cotidiano do trabalho das assistentes sociais no HUAC.

Assim, o presente trabalho tem caráter descritivo e bibliográfico, pautando-se também na experiência vivenciada no campo de estágio através das observações do setor de Serviço Social do HUAC, atuações supervisionadas e execução do projeto de intervenção. As ações

---

<sup>1</sup> Aluna de graduação do curso de Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.  
Email: marcelaelaine.mes@gmail.com



foram desenvolvidas de acordo com a demanda diária que chega ao setor, e com os visitantes e acompanhantes, que formam um público rotativo.

Ressaltamos a importância do Serviço Social no HUAC, uma vez que parte deste setor contribuições importantes tanto para os usuários internados como para seus familiares, tais como: orientações em torno de Benefício de Prestação Continuada (BPC) e Tratamento Fora de Domicílio (TFD), encaminhamentos para Casas de Apoio, orientações sobre determinados procedimentos realizados em cartórios (Registro de Nascimento, óbito), INSS, entre outras, visto que essas informações nem sempre estão disponíveis de forma clara e objetiva para o público acima citado.

O trabalho está estruturado em cinco itens, que contemplam a apresentação do trabalho, os procedimentos metodológicos e os objetivos do mesmo. No item dois, são feitas algumas considerações sobre trajetória da Política de Saúde no Brasil. No item três, fizemos uma abordagem em torno do Serviço Social atuante na área da saúde, com foco no setor hospitalar e, no item quatro, foram expostas as experiências obtidas durante o estágio obrigatório, através de caracterização da instituição, relatos sobre a rotina diária do setor e a execução do projeto de intervenção. Por fim, as considerações finais enfatizando as contribuições e a relevância do trabalho das assistentes sociais para com os usuários internados e seus familiares, bem como, os limites enfrentados diariamente por essas profissionais.

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

A saúde no Brasil é direito de todos e dever do Estado, mas nem sempre foi assim. Bravo (2001), nos traz uma análise da política de saúde no nosso país, esclarecendo que no século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas vivenciadas no país, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas.

A intervenção estatal nesta área só veio ocorrer em nosso país no século XX, mais efetivamente a partir de 1930 (BRAVO, 2001). A assistência à saúde ofertada pelo Estado até essa década estava limitada apenas às ações de saneamento e combate às endemias. Nesta época, também houve o surgimento e o desenvolvimento do chamado “sanitarismo campanhista”, presente até o final da década de 1940.

No século XX surgiram algumas iniciativas na organização do setor saúde. Surgem os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) para atender os trabalhadores e o Ministério da Educação e Saúde e a partir daí a foco governamental começou a se voltar para a assistência médica individual, pois até então as atenções do governo estavam voltadas exclusivamente para as ações de caráter coletivo. Com a formação desse Ministério ocorreu uma grande reformulação dos serviços sanitários do país (BRAVO, 2001).

A Política Nacional de Saúde, que tomava contornos desde a década de 1930, se consolidou no período entre 1945 e 1950. A situação da saúde da população, no período de 1945 a 1964 não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de mortalidade infantil no país, como também a mortalidade geral (BRAVO, 2001).

Segundo Paim (2009, p.30) “[...] o que se verificou foi a transformação de muitas campanhas sanitárias em órgãos ou serviços responsáveis pela febre amarela, tuberculose, lepra, saúde da criança e fiscalização sanitária”.

No período que vai de meados dos anos 1960 a meados dos anos 1970, frente à “questão social”, houve uma ampliação na política de assistência com o intuito de aumentar o poder de regulação do Estado sobre a sociedade. O intuito principal era amenizar as tensões e legitimar o regime ditatorial, como também, servir de mecanismo para acumulação do capital.

Nos anos 1970 e 1980, vários médicos, enfermeiros, donas de casa, sindicatos, religiosos e funcionários públicos vinculados à saúde, levantaram uma bandeira de luta: a proposta de criação de um novo sistema público de saúde capaz de solucionar os inúmeros problemas encontrados no atendimento à saúde da população. Esse movimento que ficou conhecido como Movimento de Reforma Sanitária e orientava-se pela ideia de que todos têm direito à saúde e que o Estado, juntamente com a sociedade, tem o dever de fazer o que for preciso para alcançar este objetivo.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado da Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2001, p. 09)

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 foi um marco na discussão da questão saúde no Brasil. Foi o acontecimento mais importante nesta direção, pois trouxe o debate sobre a saúde para a sociedade. O objetivo era que houvesse inclusão de suas

demandas na agenda do governo, garantindo assim o apoio político na implementação das mudanças necessárias no setor saúde.

No ano de 1988, tivemos a elaboração e criação de um marco fundamental na redefinição das políticas sociais no país e entre elas a política de saúde: a Constituição Federal. Nela temos pela primeira vez na história do país a saúde configurando-se como “direito de todos e dever do Estado”. Através dela, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem sua regulamentação estabelecida através das Leis nº 8.080 e 8142 de 1990.

Essas leis regulamentam as determinações da Constituição e consagram o princípio da descentralização das ações e serviços de saúde e de municipalização da gestão, definindo papéis de atuação e atribuições dos gestores nos níveis Federal, Estadual e Municipal. A Lei 8142/90 define mais especificamente a atuação e abrangência do SUS e regula a participação da comunidade no SUS, instituindo os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

O SUS tem por princípios a universalidade, a equidade, a descentralização, a igualdade, a regionalização e a participação popular. Essa aposta audaciosa esbarra em vários limites como o subfinanciamento do sistema, desafios de gestão dentro de um modelo federalista com várias especificidades locais, falta de apoio popular e vontade política, entre outros.

No decorrer da década de 1990, o projeto universalizante da saúde materializado no SUS começa a ser questionado, tendo em vista os ventos neoliberais que pairavam sobre o país. Outro projeto começa a ser pensado seguindo a lógica das privatizações e no estímulo ao seguro privado. Esse projeto privatista marcou os anos 1990, tornando-se hegemônico na metade desta década.

Assim, em nosso país, passam a se contrapor na área da saúde dois grandes projetos: o Projeto Universalizante e o Projeto Privatista. O Projeto Universalizante, vinculado aos ideais da Reforma Sanitária, tem como uma de suas ideias centrais a defesa do SUS e pauta-se na concepção de um Estado democrático e de Direito, responsável pela execução plena das políticas sociais e, por consequência, da saúde. Como aspectos significativos destacam-se: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações (BRAVO, 2009). O seu ponto central consiste na saúde como direito de todos e dever do Estado.

Já o modelo pautado nas premissas neoliberais e fundado nas ideias privatistas, visa principalmente a contenção de gastos para com a área social, descentralizando e, ao mesmo tempo, retirando do governo a responsabilidade de cuidar da população. Como nos disse

Bravo (2009), este modelo está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização. Vale lembrar que as propostas apresentadas tinham: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (COSTA apud BRAVO 2009). Fica claro que a universalização dos direitos, um dos pontos centrais da Reforma Sanitária/SUS, passa a se constituir em um grande incômodo ao projeto voltado ao mercado.

Como estratégias da proposição privatista destaca-se a ênfase nas parcerias com a sociedade, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise, como também, a refilantropização, ou seja, a desprofissionalização com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais (BRAVO, 2000, p.3).

No ano de 1995, Fernando Henrique Cardoso (FHC) assume o poder modificando substancialmente a estrutura do Estado por meio de uma ampla reforma administrativa e gerencial conduzida pelo chamado Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, elaborado pelo então Ministro da Administração e Reforma do Estado (MARE) Luis Carlos Bresser Pereira. Segundo Menezes (2011), a proposta do Ministro Bresser Pereira,

[...] direcionava a reforma do Estado como uma estratégia adotada para que o Estado se desviasse de suas funções básicas, ampliando sua intervenção no setor privado. O Plano Diretor da Reforma do Estado (aprovado em setembro de 1995) defende a bandeira de que deve ser superada a administração pública burocrática, por considerar que há um esgotamento da estratégia estatizante, em prol de um modelo gerencial que tem como características a descentralização, a eficiência, o controle de resultados, a redução de custos e a produtividade. Ao adotar o modelo gerencial, o Estado deixa de ser o responsável direto das políticas sociais para se tornar promotor e regulador, transferindo tais responsabilidades para o âmbito privado. No Plano Diretor é proposta a criação de uma esfera pública não-estatal, que exerça funções públicas (MENEZES, 2011, p.04)

As ideias postas em curso tinham por objetivo a retomada de investimentos e superação da crise econômica instalada no país. De acordo com Silva (2008), o Governo identificou quatro grandes problemas que o Estado brasileiro devia enfrentar para cumprir a meta da reconstrução do Estado: o tamanho do Estado; a necessidade de redefinição do papel regulador do Estado; a recuperação da governança e da governabilidade. Com o objetivo de sanar estes problemas e de “quebrar com o clientelismo e o burocratismo”, a intervenção do governo nos programas de infra-estrutura devem ser realizados em parceria com a iniciativa

privada; os programas sociais devem ser descentralizados administrativamente para as esferas subnacionais e em parceria com o terceiro setor. Assim, o projeto de reforma do Estado brasileiro está ancorado sob três eixos básicos: a privatização, a publicização e a terceirização.

A publicização implica na criação de Organizações Sociais (OS), ou seja, na transformação de uma organização estatal em uma organização de direito privado que passa a assumir a função de executar atividades tais como a administração e o gerenciamento de hospitais, creches, universidades, ambulatórios, entre outros. Essas OSs seriam financiadas pelo Estado e administradas por entidades de “direito privado”, porém, sem fins lucrativos. Assim sendo, após o Estado ter investido na expansão da rede básica e de alta complexidade em saúde, o mesmo passa a entregar estes equipamentos nas mãos da iniciativa privada.

A Medida Provisória nº 1591, de 1997, definiu as Organizações Sociais como instituições de direito privado sem fins lucrativos, que seriam parceiras do Estado, podendo abranger as atividades não exclusivas do Estado, como ensino, pesquisa, tecnologia, meio ambiente, cultura e saúde. Em 1998 é aprovada a Lei 9.637 que regulamenta as OSs (CRUZ, 2009).

Com a chegada do governo Lula (2003-2011), a expectativa era pelo rompimento com o projeto privatizante e mercadológico em curso no país, tendo vista toda trajetória de lutas nos movimentos sociais e também pelo partido que o então presidente representava: o Partido dos Trabalhadores (PT). Porém, o governo Lula não só manteve como deu continuidade às medidas neoliberais advindas do governo anterior.

[...] no lugar de implementar uma transição para um novo modelo, defendida durante a campanha eleitoral, [Lula] não só havia mantido a política macroeconômica do segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso (FHC) como a havia aprofundado, o que fica evidente na manutenção do compromisso de promover o superávit fiscal primário [...] (MENDES; MARQUES, apud BORLINI 2010, p. 328)

A intenção, na verdade, era manter os índices econômicos sob controle e mostrar aos credores a capacidade que se tinha de abater a dívida externa junto ao grande capital, mesmo que para isso fosse necessário aumentar a quantidade de juros cobrados e reduzir os investimentos na área social. Ainda de acordo com Borlini (2010) é importante destacar três medidas que se relacionam ao financiamento da saúde: a Desvinculação de Receitas da União (DRU), a Emenda Constitucional 29 (EC-29) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Todas seguem a lógica de desviar recursos da saúde para outros fins econômicos.

Em 2011, assumia o poder a presidenta Dilma Rousseff. Diante dos grandes desafios que lhe aguardavam estava o crescimento dos modelos de gestão privatizantes: as OSs, a

Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OCIPS) e as Fundações Estatais de Direito Privado, tudo isso frente à manutenção dos princípios do SUS.

Entre as ações do governo Dilma, destacou-se o lançamento da segunda edição do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC 2), realizado em 2011. Este previa a construção e reformas de Unidades Básicas de Saúde (UBS), construção de Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e também ações de saneamento básico nos municípios. Algumas dessas obras não se concretizaram gerando assim desaprovação por parte da população que enxergou no governo um descaso imenso com a área de saúde. Vale destacar que neste governo, também houve a criação do Programa Mais Médicos, destinado à ampliação da atenção básica e fixar médicos em áreas carentes.

Segundo Escorsim (2015), ainda que este governo tenha registrado algumas ações bem sucedidas na prevenção de doenças, estas apresentam um caráter pontual e seletivo, no atendimento a segmentos afetados diretamente no risco em saúde, o que contradiz a proposta de universalidade, integralidade e equidade prescritas nos princípios fundamentais do SUS.

Em 2016, a então presidente Dilma sofre um impeachment (o 2º da história do país) e seu vice-presidente Michel Temer assume o poder. Derrubado o governo Dilma torna-se possível a retomada de uma agenda neoliberal em seus princípios mais radicais, restringindo direitos sociais e utilizando-se de recursos dos fundos públicos para estimular a economia e atividades privadas.

O governo Temer é marcado por desmontes de direitos e ferimentos à Constituição Federal, entre eles a redução dos investimentos na saúde, o que acaba por provocar intensos debates e mobilizações entre os defensores da Reforma Sanitária e do SUS. Análises de entidades de defesa do SUS são unânimes em afirmar que:

A Proposta de Emenda Constitucional 241, que congela despesas primárias como saúde e educação por 20 anos, [...], levará ao “colapso” do SUS, com o sucateamento e queda na cobertura e na qualidade da oferta em todos os municípios do país, garantem representantes do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. (REVISTA RADIS, 2016, p. 3)

Há também redução nos investimentos repassados para as prefeituras, para que as mesmas possam investir em saneamento básico, coleta de lixo e outros serviços que impactam diretamente na saúde da população. Lembrando que a 8ª Conferência Nacional de Saúde já definia o conceito de saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho e acesso a serviços de saúde. Tudo isso vêm sendo

ameaçado pelo atual governo. A PEC 241, que depois virou EC 95, é considerada pelo governo necessária para reduzir a dívida pública do país e tirar a economia da crise fiscal. Em contrapartida, os críticos a vêem como sendo muito rígida. Essa PEC fixa um limite anual de despesas, ou seja, consiste no valor gasto no ano anterior corrigido pela inflação acumulada nesses doze meses.

As despesas com saúde, por exemplo, receberam um tratamento diferenciado na Constituição de 1988, a fim de que ficassem protegidas das decisões de diferentes governos. Mas, segundo os críticos, as restrições presentes na proposta prejudicam a qualidade e o alcance da saúde no país. Hoje, os gastos com esse segmento podem crescer todo ano.

A população pobre, que depende mais da seguridade social, da saúde, da educação, vai ser prejudicada. A PEC é o plano de desmonte do gasto social. Vamos ter que reduzir brutalmente os serviços sociais, o que vai jogar o Brasil numa permanente desigualdade (ROSSI apud FAGUNDEZ, 2016, p. 01)

Assim, o quadro geral da saúde pública no Brasil é marcado por grave crise política, econômica e também ideológica, uma vez que o que se vê claramente é a tomada por setores ultra conservadores dos altos escalões do Ministério da Saúde, além da emergência de graves epidemias a exemplo da dengue e seus efeitos e consequências. Ou seja, temos instalado um gravíssimo quadro de crise na saúde, o que pode levar a sérios retrocessos no SUS.

Cabe aqui destacar a posição da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde para quem Michel Temer, representa os setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade brasileira. Os documentos que anunciam as ações adotadas pelo citado governo (“Ponte para o Futuro” e “Travessia Social”) apontam para a aceleração e intensificação de medidas que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro, configurando uma nova fase de contrarreformas estruturais que atacam os direitos dos trabalhadores. A nomeação do deputado federal Ricardo Barros, do Partido Progressista do Paraná, para o Ministério da Saúde deixa claro o tom desse governo para a saúde: o mesmo não apresenta nenhuma vinculação com a área, exceto sua relação com o setor privado. Em seus discursos ficam transparentes seus objetivos de ampliação das parcerias com o setor privado, inclusive de capital estrangeiro, reduzindo os gastos com saúde pública estatal, contribuindo com o desmonte do SUS, num claro retrocesso das políticas sociais.

### **3. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE**

O serviço social surge no Brasil na década de 1930 trazendo em sua gênese a influência européia e nos fundamentos da Doutrina Social da Igreja. Cabe aqui destacar a

impossibilidade de pensarmos a origem do serviço social brasileiro desvinculado da ação da Igreja Católica e da sua estratégia de adequação às mudanças econômicas e políticas que alteravam a face do país no respectivo período. A profissão surge para dar respostas à questão social<sup>2</sup> e ao movimento operário e popular.

Segundo Yamamoto (2011), a gênese do serviço social no Brasil, enquanto profissão inscrita na divisão social do trabalho, está relacionada ao contexto das grandes mobilizações da classe operária nas duas primeiras décadas do século XX, uma vez que o debate acerca da questão social, que atravessa a sociedade nesse período, exige um posicionamento do Estado, das frações dominantes e da Igreja.

A profissão em seus anos iniciais é pautada num posicionamento moralizador frente as diferentes expressões da questão social e configurou-se como uma das estratégias concretas de disciplinamento e controle da força de trabalho, no processo de expansão do capitalismo monopolista.

O assistente social tem sido historicamente um dos agentes profissionais que executam políticas sociais, especialmente políticas públicas de saúde. Nesta área, especificamente, a atuação do profissional de serviço social desenvolveu-se nos Estados Unidos no início do século XX, implantado em diversos hospitais com o objetivo de fortalecer a personalidade do doente e ajudar os médicos nas suas atividades. Tais práticas se reproduzem nas primeiras intervenções da profissão no Brasil.

De acordo com Bravo e Menezes (2013), o profissional tinha como missão mostrar a função humanitária, benfeitora da instituição de saúde, haja vista ser um profissional especializado em relações humanas, predominando apenas como atributos do profissional suas qualidades pessoais e morais em detrimento do saber e de sua competência técnica. Assim, para as autoras, a ação do assistente social na saúde, neste período, vai consolidar práticas que servirão como mecanismos de legitimação e controle do Estado, mediatizado pelas instituições de saúde.

Cabe aqui considerar o conceito de saúde elaborado no ano de 1948 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera saúde como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Esse fato determinou a incorporação/absorção de profissionais de diferentes áreas do conhecimento para atuarem no setor saúde, entre esses profissionais, o assistente social. Assim sendo, o assistente social consolidou uma tarefa educativa com

---

<sup>2</sup> É o conjunto das expressões que definem as desigualdades da sociedade. Surgiu no século XIX, na Europa, com o objetivo de exigir a formulação de políticas sociais em benefício da classe operária, que estavam em pobreza crescente.



intervenção normativa no modo de vida da clientela, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde (BRAVO; MATOS, 2004. p. 03).

Entre os anos 1940 e 1950, a profissão passou a receber influências norte-americanas. O serviço social passa a ser marcado pelo tecnicismo e a beber na fonte da psicanálise, bem como da sociologia de base positivista e funcionalista/sistêmica. Sua ênfase estará na ideia de ajustamento e de ajuda psicossocial. Neste período há o início das práticas de Organização e Desenvolvimento de Comunidade, além do desenvolvimento das peculiares abordagens individuais e grupais, com supervalorização da técnica, considerada autônoma e como um fim em si mesmo e, com base na defesa da neutralidade científica, a profissão se desenvolve através do serviço social de caso, serviço social de grupo e serviço social de comunidade (CRESS-RJ, 2018).

A Política Nacional de Saúde, que se consolidou no período entre 1945 e 1950 é marcada pela ampliação de gastos com assistência médica através da Previdência Social. Tal política não abrangia a população em sua totalidade, o que acabava por gerar demandas sociais, tendo em vista que provocava exclusões. O assistente social vai atuar então nos hospitais, notadamente nos hospitais ligados à previdência social e vai agir fazendo a ponte entre população e instituição, na busca da garantia e execução de direitos, como também, no acesso dos usuários tanto ao serviço quanto aos benefícios previdenciários.

Os benefícios passaram a ser custeados total ou parcialmente pelos próprios beneficiários. Na lógica da estruturação de tais serviços, não há o componente distributivista, mas existe a preocupação de favorecer o capital. O conceito que passa a reger os programas assistenciais é o salário social indireto, que incorpora ao salário vários serviços que a coletividade paga ao trabalhador, com vistas à utilização futura (IAMAMOTO; CARVALHO, 1982 apud BRAVO; MATOS, 2004, p 03).

Em meados dos anos 1960, com a reorganização da sociedade por parte do Estado no período ditatorial, ocorreram mudanças no país que refletiram importantes modificações no cenário do serviço social em dois âmbitos: o da prática e da formação profissional.

O período pós 1964 marca o início do Movimento de Reconceituação da profissão, movimento esse que provocou relevantes transformações na profissão e isso refletiu diretamente no trabalho deste profissional na área da saúde. Na prática profissional, houve uma expansão do mercado de trabalho do assistente social, novas demandas que exigiam um profissional com novas características, já que, com a implantação da modernização por parte

do Estado e de indústrias para a reprodução do capital, evidenciou-se o êxodo rural que trouxe miséria, violência, e muitas outras expressões da questão social para a sociedade. Segundo Netto (2005, p. 123):

Sinteticamente, o fato central é que, no curso deste processo, mudou o perfil do profissional demandado pelo mercado de trabalho que as condições novas postas pelo quadro macroscópico da autocracia burguesa faziam emergir: exigia-se um assistente social ele mesmo moderno – com um desempenho onde traços tradicionais são deslocados e substituídos por procedimentos racionais.

A Perspectiva Modernizadora da profissão tem seu ápice por meio de documentos fundamentais: os seminários de Araxá em 1967 e Teresópolis em 1970, organizados pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviço Social (CBCISS).

Consideramos impossível falar de mudanças no serviço social sem falar da década fundamental para o entendimento da profissão nos dias de hoje: a década de 1980. É nesta década que o Serviço Social se aproxima da tradição marxista e que toma forma os movimentos de Reforma Sanitária, o projeto ético-político da profissão e a estreita relação entre os dois, ambos compartilham dos mesmos aportes teóricos.

Apesar das ideias que se tinha em relação às mudanças e às transformações necessárias na área da saúde virem se articulando desde meados da década de 1970, o marco do movimento de Reforma Sanitária ocorre em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Assim, as propostas da Reforma Sanitária resultaram na universalidade do direito à saúde – Saúde, direito de todos e dever do Estado – materializado na Constituição Federal de 1988 que inaugurou no país o tripé da Seguridade Social composto pelas políticas de Saúde, Previdência e Assistência e o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS só teve sua regulamentação estabelecida com a Lei nº 8.080 de 1990. Essa Lei foi a responsável por regulamentar as determinações da Constituição e consagrar o princípio da descentralização das ações e serviços de saúde e de municipalização da gestão, definindo papéis de atuação e atribuições aos gestores nos níveis Federal, Estadual e Municipal. Além disso, definiu o Ministério da Saúde, no âmbito da União, como seu principal gestor. Além dela, outras leis respaldam e complementam a atuação e abrangência do SUS, como é o caso da Lei nº 8.142 de 1990 (que também compõe a Lei Orgânica da Saúde), a qual em seu artigo 1º regula a participação da comunidade no SUS, instituindo os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

É também nos anos 1990, que o projeto ético-político do serviço social, constituído entre os anos 1970 e 1980, se consolida. Este projeto, segundo Netto (1999), vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero. Destaca-se a relação entre o projeto ético-político e o de reforma sanitária, principalmente, nos seus grandes eixos: principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios. Os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira (CFESS, 2010). É importante destacar também que datam dos anos 1990 a Lei de Regulamentação da Profissão (1993), o Código de Ética do Assistente Social (1993) e as novas Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social (1996).

Essa também é a década em que o neoliberalismo adentra com êxito no país, e não há como negar que o ideário neoliberal se confronta diretamente com os ideais do projeto ético-político e profissional do serviço social e do projeto de Reforma Sanitária. Dessa forma, na segunda metade da década de 1990, o que se consolida, na verdade, é o projeto privatista que,

[...] pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características destacam-se: o caráter focalizado para atender as populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso. (BRAVO; MATOS, 2004. p.10).

Em meio às contradições dos dois projetos, o privatista e o universalizante, o serviço social passou a receber diferentes requisições. O projeto privatista demanda do assistente social a seleção sócio-econômica dos usuários, ação fiscalizadora aos usuários de planos de saúde, realização de práticas individuais, assistencialismo realizado através da execução de favores, entre outros. Já o projeto universalizante, designa que o assistente social atue dando ênfase ao atendimento humanizado, crie estratégias de interação entre a instituição na qual trabalha e a realidade, estimule a prática da interdisciplinaridade e, sobretudo, fomente a participação cidadã. (BRAVO; MATOS, 2004, p. 10).

Há ainda de se considerar a existência de um terceiro projeto, o da Reforma Sanitária Flexibilizada, que adquire contornos próprios em meio às contradições inerentes à implementação do SUS no contexto da reconfiguração do Estado brasileiro e progressivo desmonte e subfinanciamento das políticas públicas, atendendo às exigências da política macroeconômica adotada no país pautada pelo Consenso de Washington em 1989. Esse projeto do SUS possível é pautado por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e

responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de uma política de rebaixamento da proposta inicial do Projeto da Reforma Sanitária, mesmo que isso envolva concessões que contrariam os interesses dos trabalhadores e o pleno usufruto do direito à saúde. Este projeto se consolida nos governos petistas nos anos 2000 (BRAVO; MENEZES, 2013).

O fato é que o projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos de 1970, vem gradativamente perdendo a disputa para o projeto voltado para o mercado ou privatista, hegemônico a partir da década de 1990.

À contrarreforma do Estado, realizada no governo Fernando Henrique Cardoso, seguiu-se uma série de medidas adotadas também pelos governos do Partido dos Trabalhadores, que não romperam com essa lógica, apesar dos resultados positivos de algumas políticas sobre os indicadores sociais, cumprindo um papel funcional ao capitalismo no Brasil (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2016).

De acordo com Bravo; Pelaez e Pinheiro (2018), no governo Temer temos a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Em síntese, o Governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão, que consiste no aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais.

Todos esses elementos aqui apresentados têm rebatimento direto no exercício profissional dos assistentes sociais na saúde. A conjuntura de retirada de direitos na saúde e em outras políticas sociais tem fortalecido a perspectiva crescente de privatização e precarização da saúde pública, imposta pelo capitalismo neoliberal. O direito da população passa a ser transformado em espécie de negócio a ser consumido no mercado remetendo ao profissional de serviço Social o processo de seleção de demandas e atendimentos com base em critérios inconstitucionais.

Nesse contexto adverso o que temos é, de um lado, o projeto da Reforma Sanitária com a busca da democratização do acesso, universalidade do direito; e o projeto privatista, com a reatualização do modelo médico assistencial, caracterizando-se pela contenção de gastos e racionalização da oferta, no qual o atendimento ocorre aos que tem acesso ao mercado.

Esse segundo projeto se expressa através da terceirização, privatização, seletividade, desfinanciamento e focalização da política de saúde, com aprofundamento da precarização do trabalho em saúde através de vínculos empregatícios cada vez mais precários, falta de estrutura física, sobrecarga de atividades devido a exigência de uma postura de trabalho polivalente, entre outras questões. Como uma das consequências desse processo se tem um atendimento sem resolutividade, sem compromisso, falta de acolhimento, dificuldade no acesso aos serviços de saúde, longas filas de espera para a realização do tratamento em saúde, entre outras expressões.

A seguir teceremos algumas considerações sobre o trabalho do assistente social no espaço sócio-ocupacional hospitalar.

### **3.1 O SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO HOSPITALAR**

O período pós Segunda Guerra Mundial é de disseminação de um determinado padrão de assistência à saúde, fundada no hospital moderno, organização idealmente projetada em edificações arrojadas, que abriga um grande número de leitos, que busca reunir o mais amplo e diversificado corpo de especialistas e concentrar o mais atualizado e completo parque de equipamentos (MELLO, 2012).

Para a referida autora, o hospital sofre transformações que respondem a diferentes finalidades sociais, conformadas em cada momento histórico. Existem pressões externas, tais como necessidades sociais e econômicas que atendem a projetos sociais e políticos que determinam a incorporação de novos meios de trabalho, tanto saberes como tecnologias, contribuindo para as transformações que nele se processam. Assim sendo, o trabalho em saúde se organiza para suprir necessidades econômicas, sociais ou políticas da sociedade.

O fato é que a gestão do trabalho em uma instituição hospitalar assemelha-se ao processo de trabalho de uma grande fábrica. Atendimentos em massa, cirurgias em massa, internações contabilizadas pelo seu gasto financeiro, leitos em série e atendimentos sequenciais sem tempo de parada. Desta forma, molda-se uma rotina para aquele trabalho que não deveria ser considerado rotineiro (SODRÉ, 2010).

Além disso, as instituições hospitalares diversificaram-se ao longo da história e atualmente existem vários tipos de hospitais: hospitais gerais, hospitais especializados, hospitais de emergência, hospitais de ensino e pesquisa (os hospitais universitários), hospitais locais, hospitais de referência, hospitais de agudos, hospitais de apoio, enfim, várias modalidades de hospitais. O termo hospital se refere a um conjunto muito heterogêneo de estabelecimentos de saúde, unidades de diferentes portes, que podem oferecer uma variada gama de serviços e

atividades e desempenhar funções muito distintas no âmbito da rede de atendimento à saúde (NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008 apud MELLO, 2012).

Símbolo de prestígio profissional, sofisticação tecnológica, o hospital se torna o centro dos sistemas de saúde e os sistemas de saúde, cada vez mais configurados à sua feição, são chamados de hospitalocêntricos.

O assistente social, como profissional inserido na divisão social e técnica do trabalho, inclui-se nesse espaço sócio ocupacional e, assim como em qualquer nível de atenção à saúde, deve centrar seus esforços na compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença de cada paciente. Precisa também deter um amplo conhecimento sobre as políticas públicas, sobretudo a política de saúde e se manter firme na busca diária por estratégias político-institucionais para o enfrentamento de diversas questões que lhes são postas. Ao lado de outras profissões, no hospital, o serviço social tem seu espaço reservado na divisão social e técnica do trabalho, participando da tarefa de implementação de condições necessárias ao processo de reprodução social.

No dia-dia hospitalar, é comum o assistente social deparar-se com situações que o leva a materializar diversas políticas sociais. Vale aqui citar como exemplo o período “pós-hospitalar” em que, algumas vezes, o usuário precisa dar continuidade a determinado tratamento (inclusive de cunho especializado) e não recebe, por parte de outros profissionais da instituição, as informações que necessita obter para tal. Frente a essas situações, está o assistente social, orientando e propondo alternativas que podem vir tanto em forma de projetos institucionais, como em forma de iniciativas municipais, estaduais ou federais. Desta forma, as ações desenvolvidas pelos assistentes sociais no meio hospitalar devem transpor o caráter emergencial e burocrático presente nas instituições.

O Assistente Social em uma equipe interdisciplinar de saúde é o profissional que identifica as necessidades dos usuários e as condições sociais em que ele está inserido numa perspectiva de totalidade, passando a interpretar junto à equipe aspectos relevantes no âmbito social. Com isso, o mesmo utiliza-se de seus conhecimentos teórico-prático para ser um proponente de novas modalidades de enfrentamento das situações (MELLO, 2012. p. 02).

O trabalho dos assistentes sociais no âmbito hospitalar deve ter como foco a socialização de informações, a realização de campanhas e a luta pelo acesso aos serviços, ações que são muitas vezes colocadas em segundo plano pelos próprios profissionais, diante das exigências burocráticas do modelo hospitalar, restando-lhes a reprodução dos processos de trabalho capitalista: alienante e por vezes excludentes.

No Brasil, o Serviço Social Hospitalar teve início em 1945, com a criação do Hospital das Clínicas de São Paulo. A profissão ocupa, histórica e tradicionalmente, um importante espaço na área da saúde, entretanto, o assistente social só é reconhecido como profissional de saúde através da Resolução nº 218, de 06 de março de 1997.

Também se destaca a Resolução nº 383/99 do CFESS que reitera o reconhecimento do Assistente Social enquanto profissional da área da saúde destacando que o assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções.

São inúmeros os desafios encontrados pelos profissionais de serviço social que atuam em hospitais, entre esses desafios podemos apontar para o direcionamento por parte de alguns serviços, inclusive os hospitalares, de demandas que não se configuram como demandas do serviço social. O CFESS (2010) enfatiza que as equipes de saúde, diante das condições de trabalho e talvez por falta de conhecimento das competências legais dos assistentes sociais, historicamente, vêm requisitando diversas ações que não são atribuições dos profissionais do Serviço Social que são elas:

marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes; solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; pesagem e medição de crianças e gestantes; convocação do responsável para informar sobre alta e óbito; comunicação de óbitos; emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social; montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes.(CFESS, 2010, pg. 46, 47).

Essa dificuldade de compreensão por parte das equipes de saúde acerca das competências e atribuições legais do trabalho dos assistentes sociais, apesar de negativa, deve servir como impulsionamento para a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais, a fim de que haja o esclarecimento de suas funções e rotinas de trabalho.

Ao profissional de serviço social no âmbito hospitalar – e não apenas neste - cabe a realização de abordagens socioeducativas com as famílias dos usuários, socializando informações com relação aos recursos sociais existentes na instituição e mediar os encaminhamentos necessários, entre eles estão os encaminhamentos aos recursos e mecanismos legais instituídos e/ou garantidos pela legislação social estabelecida no país, quais sejam: Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006); Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003); Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei nº 8.069/1990); Lei

Orgânica da Assistência social - LOAS (Lei nº 8.742/1993); Lei da Acessibilidade (Lei nº 10.098/2000); Lei dos Direitos das Pessoas com Deficiência (Lei nº 7.853/1989); Lei Orgânica da Saúde - LOS (Lei nº 8.080- 1990 e nº 8.142/1990); e as Resoluções do CFESS.

#### **4. O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO (HUAC)**

Os aspectos apresentados nesse item partem das observações realizadas durante o Estágio Obrigatório em Serviço Social vivenciado entre abril de 2015 a setembro de 2016. Durante o período de estágio também elaboramos e executamos um Projeto de Intervenção no intuito de cumprir com as exigências do referido componente curricular e orientar visitantes e acompanhantes. O referido projeto foi executado através da sala de espera do Pronto Atendimento e contou com a presença das assistentes sociais da instituição. Entre as ações houve distribuição de panfletos e exibição de banner informativo. O objetivo do projeto foi expor claramente as regras de normas e fluxos da instituição, fazendo com que os visitantes e acompanhantes se sentissem orientados em torno de seus direitos e deveres.

##### **4.1. O Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC)**

O Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) está localizado na Rua Dr. Carlos Chagas, s/n, no bairro do São José, Campina Grande, Paraíba.

Foi fundado em 1949, sob a gestão do governador Osvaldo Trigueiro de Albuquerque Melo. Neste período a Prefeitura de Campina Grande, que tinha como gestor Elpídio Josué de Almeida, com apoio do Governo Federal através do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE), criaram o referido hospital que foi inaugurado em 20 de dezembro de 1950.

O HUAC é vinculado à Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), criada em 2002 em decorrência do desmembramento da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). O hospital atende não só ao município de Campina Grande e outras cidades do estado da Paraíba, como também a usuários advindos de estados vizinhos.

Atualmente, o HUAC conta com uma área ambulatorial chamada de Centro de Atendimento Especializado de Saúde e Ensino (CAESE), que se divide em: CAESE I e CAESE II (nomenclatura que está sendo usada na instituição para designar a parte do Hospital que era popularmente conhecida por Barracão Joaquim Bastos).



O CAESE I dispõe das seguintes especialidades: cardiologia, cirurgia torácica, gastroenterologia, nefrologia, pneumologia, otorrinolaringologia, cirurgia de cabeça e pescoço, mastologia, oncologia infantil e adulto, pediatria, cirurgia pediátrica, endocrinologia, urologia, proctologia, clínica médica, ortopedia, dermatologia, neurologia, cirurgia oncológica, cirurgia plástica, angiologia, hematologia, reumatologia, oftalmologia, alergia e imunologia, infectologia, psiquiatria, ginecologia.

Os procedimentos realizados no CAESE I são: Mielograma, Eletrocardiograma (E.C.G), quimioterapia-infantil/adulto, distribuição de insulina, distribuição antirretroviral, espirometria, consulta de enfermagem, Eletroencefalograma (EEG), curativo pé diabético, pequenas cirurgias, retirada de pontos, troca de sonda, pequenas cirurgias, punção de mama, fisioterapia, ultrassonografia, endoscopia e esterimetria.

No CAESE II são oferecidos serviços de odontologia e ginecologia, imunização, infectologia (ambulatório e farmácia) e internação hospitalar.

O HUAC possui uma área física de 16.324m<sup>2</sup>, que dispõe de leitos hospitalares cirúrgicos (Cirurgia Geral, Ginecologia e Nefrologia/Urologia); leitos clínicos (Cardiologia, Clínica Geral, Oncologia, Endocrinologia, Pediatria, Pneumologia, Infectologia); leitos complementares (UTI Adulto, UTI Infantil, UTI Neonatal), totalizando 179 leitos.

Entre os setores que compõem a estrutura do HUAC, temos: Pronto Atendimento Adulto, Pronto Atendimento Infantil, UTI Infantil, UTI Adulto, Bloco Cirúrgico, Enfermarias, Pediatria, Endoscopia, Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Laboratório de Biologia Molecular, o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), Centro Cirúrgico, Central de Material e Esterilização, Fisioterapia, Laboratório de Análises Clínicas, Laboratório de Anatomia Patológica, Farmácia de Antiretrovirais, Hepatologia, Patrimônio, Departamento de Enfermagem, Divisão de Materiais, Setor de Transporte, Faturamento, Divisão de Portaria e Vigilância, Setor de Nutrição e Dietética, Contabilidade, Farmácia Central, a Comissão de Residência Médica (COREME), Almoxarifado, Radiologia, Unidade da Mulher, Lavanderia e Rouparia, Coordenação do CAESE, Licitação, Comitê de Ética, Odontologia, Divisão de Pessoal, Serviço Social, Quimioterapia, Coordenação do Internato, Biblioteca, Setor de Manutenção, Coordenação de Informática, Auditório, Brinquedoteca. (CARACTERIZAÇÃO INSTITUCIONAL, 2014)

Quanto à estrutura organizacional e funcional, o hospital é composto por uma Diretoria Geral, uma Diretoria Administrativa, uma Diretoria Médico-Hospitalar e uma Diretoria Técnica. Seu quadro de funcionários é composto por servidores públicos federais de nível médio e superior e por servidores terceirizados. No total, são 127 servidores

terceirizados, 335 servidores efetivos e 221 servidores que ingressaram na instituição através de processo seletivo.

O HUAC teve seu regimento formalizado através da Resolução 02/2006 da UFCG. De acordo com a referida Resolução, são definidos como objetivos deste hospital:

- Desenvolver e apoiar as atividades de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e das ciências afins;
- Desenvolver ações e serviços para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde da comunidade;
- Participar da formação e aperfeiçoamento de recursos humanos para a área de saúde e das ciências afins, dentro de parâmetros éticos e bioéticos;
- Firmar-se como hospital de referência e contra-referência do Sistema Único de Saúde – SUS.

Conforme pudemos observar ao longo do processo de estágio, o HUAC desenvolve ainda projetos e pesquisas voltadas ao tratamento de doença metabólica ocasionada por deficiência de enzimas (mucopolissacaridoses), programas de Residência Médica, internato para medicina (UFCG), além de constituir-se como campos de estágio para os cursos de Enfermagem UEPB/UFCG, Farmácia, Psicologia e Serviço Social da UEPB.

O financiamento do HUAC advém de verbas do Governo Federal, além de convênios com a Prefeitura Municipal de Campina Grande, tendo ainda recursos do Fundo Nacional de Saúde, do Ministério da Educação (MEC), do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) e do Fundo Municipal de Saúde. Porém vale salientar que as despesas financeiras do HUAC são custeadas principalmente pelo Ministério da Saúde e pelo MEC.

O Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde, é o responsável pela verba para despesas de custeio (compras de medicamentos, material de limpeza, serviços terceirizados, etc.), pelas despesas de capital (compra de equipamentos, veículos, pagamento de pessoal, entre outros.) e atua mediante contratualização dos serviços prestados. Já o MEC é o responsável pela folha de pagamento dos funcionários. As despesas com o quadro de pessoal “terceirizado” são administradas pela RH – Assessoria, consultoria e Serviço LTDA e pela MEG – Empresa de Serviços Gerais LTDA. e conta com 186 contratados. Sendo eles: Auxiliares de Serviços Gerais, Digitadores, Copeiras, Auxiliar de cozinha, Pintor, Encanador, Eletricista, Serralheiro, entre outros. O HUAC conta também com 12 vigilantes armados.

## **4.2. A implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no HUAC.**

A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) integra um conjunto de medidas adotadas pelo Governo Federal para viabilizar a reestruturação dos Hospitais Universitários (HUs). Desde o início de 2012 vinha ocorrendo frequentes discussões - tanto no âmbito do hospital e na comunidade universitária, quanto na mídia local - acerca da implantação da EBSERH no HUAC. Trata-se de uma empresa estatal pública criada pelo Governo Federal, através da Lei nº 12.550, em 15 de dezembro de 2011.

De acordo com o governo federal a EBSERH tem a finalidade de garantir as condições necessárias para que os HU's prestem assistência de excelência no atendimento às necessidades de saúde da população, em conformidade com as orientações do Sistema Único de Saúde (SUS) e ofereçam as condições adequadas para a geração de conhecimento de qualidade e formação dos profissionais dos diversos cursos da universidade a qual pertence. (Lei nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011, art.4º.).

O Fórum em Defesa do SUS, juntamente com docentes e discentes da UFCG, resistiram ao máximo à adesão a EBSERH. Em outubro de 2012, houve a 50ª Reunião Extraordinária do Colegiado Pleno do Conselho Universitário, sob a presidência do então Reitor Thompson Mariz, para discussão acerca da possível adesão da UFCG à EBSERH. Participaram do evento o Sindicato dos Trabalhadores de Ensino Superior da Paraíba (SINTESPB), a Associação dos Docentes da Universidade Federal de Campina Grande (ADUFCG), o Fórum em Defesa do SUS, o Diretório Central dos Estudantes (DCE), entre outras entidades. Durante o ato, houve protesto por parte de estudantes, docentes e servidores técnicos. Ao final, foram contabilizados 36 votos contra e 04 a favor da adesão à EBSERH. Mesmo diante dessa expressiva votação, posteriormente o então Reitor Edilson Amorim, decidiu pela adesão à empresa.

Em 01 de janeiro de 2016 entrou em vigor a gestão da EBSERH que tem como diretora médica Consuelo Padilha Vilar Salvador, como diretora administrativa Daisy Ferreira Ribeiro e, na diretoria geral, Homero Gustavo Correia Rodrigues.

## **4.3. O Serviço Social no HUAC**

Conforme relatos de algumas assistentes sociais do HUAC, o Serviço Social surgiu na instituição no período em que a mesma ainda se chamava IPASE (Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado). Os profissionais desta área eram colaboradores no atendimento oferecido pelo Núcleo Ambulatorial de Psiquiatria (NAP), em clínicas

obstétricas e em clínicas médicas vinculadas ao IPASE. Em 1991 foi escolhida uma assistente social para coordenar o setor e as demais foram distribuídas por todas as alas existentes na instituição, como também nos ambulatórios, onde hoje funciona o CAESE.

De 2015 a 2016, o setor contava, no período em que realizamos o estágio, com um total de 06 assistentes sociais, sendo: 01 coordenadora, 03 atendendo às enfermarias, 01 no CAESE e 01 no setor de oncologia adulto e pediátrica.

O objetivo do Serviço Social no HUAC é atender as demandas trazidas pelos usuários, compreendendo-as a partir dos determinantes sociais, econômicos e culturais, buscando criar estratégias de ação que viabilizem o direito à saúde como dever do Estado.

Dentre as ações desenvolvidas pelas profissionais de Serviço Social no HUAC, na prática cotidiana, destacam-se:

- Entrevista socioeconômica com os usuários;
- Orientações sobre a importância de seguir as normas e rotinas da instituição durante o período de tratamento.
- Contatos internos e externos no sentido de orientar e informar os usuários acerca de seus direitos e deveres;
- Encaminhamento às diversas instituições (Curadorias da Infância e Adolescência; do Cidadão; do Idoso; Conselhos Tutelares; Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS); dentre outros órgãos públicos de assistência);
- Orientação aos pacientes pré-cirúrgicos quanto à importância de repor o banco de sangue através da doação;
- Contatos com setores de transporte para facilitar o retorno dos usuários aos seus municípios de origem;
- Informar a pacientes e familiares quanto aos serviços oferecidos pelo SUS.
- Visitas e acompanhamento nos leitos, assistindo os pacientes em suas necessidades sociais, dentro das possibilidades institucionais e dos organismos sociais disponíveis, como casas de apoio, Ministério Público, Secretarias Municipais de Saúde, e outros;
- Solicitação, quando necessário, de acompanhantes nos casos em que a família deixa de prestar esta assistência, sensibilizando-os e mostrando sua importância no tratamento do usuário, como também encaminhando o caso a outras instâncias em caso de abandono;

- Esclarecimentos à família ou ao próprio usuário sobre a alta médica e casos em que o usuário se nega a realizar algum procedimento médico importante para a saúde, procurando sensibilizar o usuário para adesão ao tratamento mas resguardando sua autonomia;
- Orientação e preenchimento do Requerimento do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) quando necessário;
- Orientação acerca de documentação necessária, aos responsáveis pelos usuários que necessitam de medicamentos especiais a exemplo dos que são distribuídos pelo Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcional (CEDMEX);
- Orientar os usuários nos processos de marcação de procedimentos não disponíveis na instituição, fazendo possível para garantir a assistência aos usuários internos;
- Orientar e articular - quando necessário - os processos de transferência, seja através do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) ou na orientação de documentação e outros contatos que se fazem necessários, de modo a viabilizar o atendimento;
- Emissão de pareceres e/ou relatórios quando são identificadas situações de violação de direitos;
- Contribuir com a equipe de saúde na comunicação e apoio nas questões que envolvem os óbitos;
- Alta social em caso onde os fatores socioeconômicos possam ser determinantes para alta médica;

#### **4.4. Possibilidades e limites postos ao serviço social no HUAC**

Destaco aqui a importância tanto da supervisão de campo como da supervisão acadêmica nesse processo que nos propiciou importantes reflexões em torno das condições objetivas e subjetivas que permeiam o trabalho das profissionais ali inseridas.

O HUAC é uma instituição que recebe pacientes de Campina Grande e Região. Grande parte dos usuários da instituição é de outras cidades, inclusive, cidades localizadas no sertão do Estado. Até meados do segundo semestre de 2016, o Serviço Social contava com salas de atendimento individual em setores específicos como o Pronto Atendimento, o CAESE e a Oncologia Infantil. As assistentes sociais se revezavam no atendimento as alas e

UTI. Essas Alas variavam entre Pediatria, internações adultas masculinas e femininas e infectologia.

A ação profissional das assistentes sociais no HUAC se dá por meio de planejamento das ações e execução de políticas sociais e esta pautada no Código de Ética da Profissão, nos princípios do SUS, que visam a universalidade, a equidade e a integralidade e também na LOAS.

Mediante lutas e solicitações do serviço social, em 2016, o setor foi contemplado com mais duas assistentes sociais que vieram para somar e contribuir bastante com o setor. Com a chegada dessas profissionais houve uma “divisão” de alas para cada profissional, de forma a garantir um melhor atendimento e isso aconteceu. O acesso dos usuários foi facilitado e a resolução de determinadas situações tornou-se mais rápida e eficaz.

Os desafios postos ao trabalho do assistente social no HUAC são muitos, por exemplo, a sala utilizada não oferece a estrutura necessária para o caso de um atendimento sigiloso. É um ambiente inadequado ao serviço. Vale salientar que no período de um ano e meio de estágio, a sala de atendimento mudou duas vezes de lugar, porém, nenhuma adequada realmente às necessidades do serviço. Durante o horário de visitas, o setor, por vezes, acaba superlotando, pois, as informações dadas pela instituição acerca das normas de visitação e troca de acompanhantes são confusas e escassas.

É possível perceber também que ainda há um desconhecimento, por parte das demais profissões, sobre o trabalho desenvolvido pelo assistente social, associado muitas vezes a um não reconhecimento do exercício profissional, ainda visualizado sob o prisma do assistencialismo e da troca de favores. As funções de “mediação e apaziguamento de conflitos” fazem parte das solicitações de intervenção que chegam ao setor.

Em 2017, o HUAC passou a ser administrado pela EBSEH. O exemplo supracitado de que o Serviço Social por vezes não recebe o reconhecimento de outras profissões (refiro-me aqui a nova equipe gestora da instituição) foi perceptível nesse período. A nova administração, de início, já planejou uma atividade direcionada para o setor que não pertencia à alçada do Serviço Social: a marcação de consultas e cirurgias. E mediante muita luta da coordenação e das assistentes sociais, esse planejamento não passou do papel.

É importante citar também que, mesmo quando ainda era administrado pela UFCG, o preenchimento de formulário para TFD, a identificação de vagas para internamento em outras unidades hospitalares e o preenchimento de formulários para a viabilização de medicação de alto custo, há tempos faziam parte da rotina do setor.

As lutas e a resistência são diárias. O número de profissionais ainda é pequeno para a demanda da instituição. O estágio findou-se no período em que a EBSEH ocupava a direção do Hospital, porém, o período vivenciado por nós após a implantação da empresa, não foi suficiente para fazer maiores observações, podendo, inclusive, partir deste ponto um novo trabalho acadêmico.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este Trabalho de Conclusão de Curso teve por objetivo registrar, evidenciar e refletir o Serviço Social no âmbito hospitalar, através de esclarecimentos sobre os processos históricos, avanços, limites e desafios atuais.

A experiência do Estágio Obrigatório foi extremamente importante para nossa formação, pois, nos possibilitou fazer inúmeras reflexões e evidenciou as dificuldades, possibilidades e potencialidades enfrentadas pelos assistentes sociais inseridos no âmbito hospitalar, em particular, no HUAC.

O serviço social ainda é uma profissão pouco compreendida pelas demais, e seus inúmeros vieses de atuação ainda causam confusão em muitos. Contudo, ficou claro que, de acordo com as resoluções dos órgãos responsáveis pela categoria, o serviço social é de fato uma profissão reconhecida e inserida na área da saúde, e no âmbito hospitalar, é de suma importância o seu acompanhamento junto ao usuário internado e à família do mesmo. Foi possível perceber também que a prática da interdisciplinaridade nas equipes de saúde ainda é algo que precisa ser ampliado e refletido pelas demais categorias profissionais.

Quanto às particularidades da profissão, a busca pela efetivação do Código de Ética Profissional, da Lei de Regulamentação da Profissão e do Projeto Ético-Político permanece sendo diária.

Percebemos também ao longo deste trabalho algumas reflexões em torno da realidade profissional, concluindo que os instrumentais de trabalho existentes, a humanização do SUS, o trabalho coletivo, as condições estruturais de trabalho, a autonomia profissional, a organização política da categoria, o reconhecimento profissional, o reconhecimento das competências e atribuições, entre outros, ainda permanecem como sendo uma luta constante para a categoria.

Por fim, ficou a reflexão de que a luta pelo reconhecimento do usuário em sua integralidade é infinda e é preciso compreender que as condições de vida dele podem e influenciam, de fato, no seu processo de adoecimento. Não cabe apenas curar, é preciso prevenir.

## ABSTRACT

### **THE SOCIAL SERVICE IN HEALTH: reflecting the reality of the University Hospital Alcides Carneiro from the Mandatory Internship in Social Work**

This article was based on observations made during the period of the Mandatory Internship in Social Work performed at the University Hospital Alcides Carneiro (HUAC) from April 2015 to September 2016. The purpose of this article was to reflect on Social Work at the University Hospital Alcides Carneiro. Here are approaches on health policy in Brazil, the emergence of Social Service in the area and the insertion of the social worker in the hospital environment, including the reports about the daily work in HUAC. It was finalized with the possibilities and limits imposed daily on Social Work professionals. The interest in this subject about Social Service working in this area began during the obligatory stage, period in which the student is allowed to experience and act with the supervision of a trained social worker. In the course of the internship period, there was an excess of demands submitted and / or requested to the Social Work sector, a limited number of Social Assistants, the execution of actions that do not fall within the scope of the profession and the daily struggle of the professionals in search of the full execution of their rights as professionals supported by a Professional Code of Ethics and by the Regulation of the Profession.

KEY WORDS: 1. Health Policy 2. Public Health 3. Social Assistance 4. Health 5. University Hospital Alcides Carneiro.

## REFERENCIAS

ABESS/CEDEPSS. **Proposta básica para o projeto de formação profissional: novos subsídios para o debate.** Recife, 1996.

BATISTA, Clara Maria; MARQUES, Cilene; ALVES, Juliana; TRAVASSOS, Jéssica. **Caracterização Institucional.** 2014.

BORLINI, Leandra Maria. Há pedras no meio do caminho do SUS. In: **Textos & Contextos.**(Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 321 - 333, ago./dez. 2010

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza (Org). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** Rio de Janeiro, 2001.

**Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal.** In: XIX SEMINÁRIO LATINOAMERICANO DE ESCUELAS DE TRABAJO SOCIAL. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador, p. 1-12, 2009. Disponível em: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-187.pdf>, acesso em 09 de Julho de 2018



BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W.N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. In: **Revista Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A Política de Saúde na Atual Conjuntura: Algumas Reflexões sobre os Governos Lula e Dilma. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). **Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas: Papel Social, 2013.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M.C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: **Revista Serviço Social e Saúde**, 2004.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Brasília, 1993. In: **CRESS**. Conselho Regional de Serviço Social 10ª Região. Coletânea de Leis: Revista e Ampliada, 2005.

\_\_\_\_\_. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. **Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais**, nº 2, Brasília: CFESS, 2010.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº 62, Cortez, 2000.

CRUZ, Diego. **A privatização da saúde e as organizações sociais**. 2009. Disponível em: <https://www.pstu.org.br/a-privatizacao-da-saude-e-as-organizacoes-sociais>, acesso em 02/11/2017

ESCORSIM, Silvana Maria. **Reflexões sobre a Política de Saúde no Brasil após a Constituição de 1988: a caminho do projeto neoliberal**. Paraná, 2015.

FAGUNDEZ, Ingrid. **Aprovada na Câmara, PEC 241 segue para o Senado: entenda as polêmicas do texto**. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-37603414>, Outubro, 2016. (Acesso em 05/01/2018)

FREITAS, Bruno Peres; SILVA, Ilda Lopes Rodrigues da. **O Assistente Social na Assistência Hospitalar e o Desafio da Humanização: reflexões sobre a dimensão intersubjetiva da prática profissional**. Dissertação de Mestrado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007, 142p.

**O ilegítimo governo temer e os ataques ao sistema único de saúde.** FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 05 de Agosto de 2016.

**SERVIÇO SOCIAL:** profissão. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br>, (acesso em 25/04/2018)

**Reforma Sanitária.** Disponível em: [www.pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria](http://www.pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria), (acesso em 27/04/2018)

KRÜGER, Tânia Regina. Serviço social e saúde: espaços de atuação a partir do SUS. In: **Revista Serviço Social & Saúde.** UNICAMP -Campinas. Ano IX, Nº 10, 2010.

BRASIL. **Lei Nº 8.622.** Lei de Regulamentação da Profissão. 07 de Junho de 1993.

MATOS. Maurílio Castro de. **Serviço Social, Ética e Saúde.** São Paulo: Cortez, 2013.

MELLO, Cristiane Ferraz Quevedo de. **O Trabalho do Assistente Social no Contexto Hospitalar em Porto Alegre: Uma Análise na Perspectiva do Trabalho em Equipe.** In: V MOSTRA DE PESQUISAS DA PÓS-GRADUAÇÃO. PUCRS, 2010.

MENEZES, Débora Holanda Leite. **A política de saúde brasileira: os impactos da década de 90 aos dias atuais.** Rio de Janeiro, 2011.

NETTO, José Paulo. O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois. In: **Revista Serviço Social e Sociedade.** Nº 84 – ANO XXVI. São Paulo: Cortez, 2005.

\_\_\_\_\_. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social.** Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

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

RESOLUÇÃO Nº 218/1997. **Conselho Nacional de Saúde.** 06 de Março de 1997.

RESOLUÇÃO Nº 383/1999. **Conselho Federal de Serviço Social.** 23 de Março de 1999.

ROCHA, Rogério Lannes. Contra o colapso do SUS. **Revista Radis.** Nº 169. Fiocruz: Outubro, 2016. 35p.

SODRÉ, Francis. O Serviço Social e o campo da Saúde: para além dos plantões e encaminhamentos. **Serviço Social e Sociedade**, n. 103, p. 453-475, São Paulo, jul./set. 2010.