



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

POLIANA PEREIRA PIMENTEL

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA DE
ESTÁGIO SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA
E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE-PB**

**CAMPINA GRANDE-PB
2019**

POLIANA PEREIRA PIMENTEL

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA DE
ESTÁGIO SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA
E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE-PB**

Trabalho de conclusão de Curso (Artigo)
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito para a obtenção
do título de bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza

**CAMPINA GRANDE-PB
2019**

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.

P644s Pimentel, Poliana Pereira.

Serviço social e saúde [manuscrito] : reflexões sobre a experiência de estágio supervisionado obrigatório no hospital de emergência e trauma de Campina Grande - PB / Poliana Pereira Pimentel. - 2019.

27 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2019.

"Orientação : Profa. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza, Departamento de Serviço Social - CCSA."

1. Serviço social na saúde. 2. e. 3. Estágio supervisionado.
I. Título

21. ed. CDD 362.1

POLIANA PEREIRA PIMENTEL

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE-PB

Trabalho de conclusão de Curso(Artigo) apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de bacharela em Serviço Social.

Aprovada em: 19/12/2019.

BANCA EXAMINADORA

Maria do Socorro Pontes de Souza
Prof.^a Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Patricia Crispim Moreira
Prof.^a Ma. Patricia Crispim Moreira (examinadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Thereza Karla de Souza Melo
Prof.^a Ma. Thereza Karla de Souza Melo (Examinadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	5
3	A SAÚDE ENQUANTO POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL	10
4	O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA.....	12
5	A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	15
5.1	O atendimento desenvolvido na instituição campo de Estágio	15
5.2	O Serviço Social no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes.....	17
5.3	Relato da execução do Projeto de Intervenção no Setor de Serviço Social ..	20
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
7	REFERÊNCIAS.....	22

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE-PB

Poliana Pereira Pimentel¹

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado em forma de artigo, se caracteriza como um relato de experiência de Estágio Obrigatório em Serviço Social, no período compreendido entre outubro de 2017 a dezembro de 2018, junto ao Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande – PB. Para elaboração deste artigo fizemos uso da pesquisa bibliográfica e documental, através de livros e artigos científicos voltados à temática aqui abordada, e da descrição da experiência vivenciada no período do Estágio Obrigatório em Serviço Social. A vivência do estágio em consonância com as leituras acadêmicas, nos fez despertar sobre a importância de levar informações aos acompanhantes dos usuários com relação aos seus direitos e às normas institucionais, além de esclarecer sobre a atuação do serviço social em tal espaço. Com vistas à socialização de informações acerca dos direitos dos acompanhantes, além da publicização do trabalho do serviço social, elaboramos e executamos um plano de ação que apresentou uma metodologia participativa e possibilitou a democratização de informações e a troca de saberes entre os acompanhantes dos usuários. Cabe mencionar que nossa inserção em tal espaço, nos proporcionou apreender a inserção do serviço social em tal contexto, indicando a necessidade de uma maior democratização do trabalho de tal profissional no âmbito da instituição.

Palavras-chave: Estágio supervisionado. Saúde. Serviço Social.

ABSTRACT

The present Course Conclusion Paper (TCC) presented in article form, is characterized as an experience report of Compulsory Internship in Social Work, from October 2017 to December 2018, with the Emergency Trauma Hospital Campina Grande - PB. For the elaboration of this article, we made use of the bibliographic and documentary research, through books and scientific articles focused on the thematic approached here and the description of the lived experience during the Compulsory Internship in Social Work. The experience of the internship in line with the academic readings, made us wake up about the importance of bringing information to the companions of users regarding their rights and institutional norms, as well as clarifying about the performance of social work in such space. With a view to socializing information about the rights of caregivers, in addition to publicizing the work of the social service, we designed and executed an action plan that presented a participatory methodology and enabled the democratization of information and the exchange of knowledge among the caregivers of users. It is worth mentioning that our insertion in such a space allowed us to apprehend the insertion of social work in

¹ Discente de graduação em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I. E-mail: polipimentel88@gmail.com.

such a context, indicating the need for greater democratization of the work of such professional within the institution.

Keywords: Supervised Internship. Health. Social Work.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de Conclusão de Curso, consiste em um relato de experiência, e tem por objetivo sistematizar as ações desenvolvidas no Estágio Supervisionado Obrigatório em Serviço Social, realizado no período de outubro de 2017 a dezembro de 2018, junto ao Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB. Durante nossa inserção em tal espaço, foi possível identificar a necessidade de levar informações aos acompanhantes dos usuários, com relação aos seus direitos e às normas institucionais, além de esclarecer sobre a atuação do serviço social em tal espaço.

Em vista disso, elaboramos um plano de ação voltado à socialização de informações no campo dos direitos sociais, objetivando contribuir para o fortalecimento dos usuários enquanto sujeitos de direitos, na perspectiva de potencializar a efetivação do cumprimento da política de saúde no âmbito do SUS, além de socializar informações sobre a atuação do serviço social na instituição. Para concretização das ações realizamos palestras dentro das enfermarias, com distribuição de panfletos educativos.

Para elaboração deste artigo fizemos uso da pesquisa bibliográfica e documental, através de livros e artigos científicos voltados à temática aqui abordada, e da descrição da experiência vivenciada no período do estágio obrigatório em serviço social.

O trabalho ora apresentado, tem sua relevância, na medida em que busca contribuir com o debate em torno da temática abordada, e socializar as informações acerca da experiência do estágio obrigatório em Serviço Social junto ao Hospital de Trauma de Campina Grande/PB.

O trabalho está organizado da seguinte forma: no primeiro tópico fazemos uma contextualização histórica do modelo assistencial em saúde adotado no Brasil. No segundo tópico, tratamos da saúde e de sua constituição enquanto política social no Brasil. No terceiro tópico, discorremos sobre o trabalho do serviço social na saúde pública. No quarto tópico, apresentamos o relato da experiência desenvolvida em campo de estágio.

2 HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A saúde brasileira acompanhou as tendências políticas e econômicas ao longo de sua história. Desta forma, pode-se afirmar que a evolução da política de saúde caminhou lado a lado com a evolução econômica. Nesse sentido se faz necessário uma contextualização histórica acerca da saúde no Brasil, com antecedentes e marcos históricos.

No contexto do Brasil colônia, a saúde era algo que se tratava com as curandeiras e rezadores. Mas com a chegada da Corte, também vieram algumas mudanças em quase todas as áreas, inclusive para a saúde, e, a partir daí, deu-se início a uma organização de uma estrutura sanitária mínima.

O perfil epidemiológico que predominava no Brasil império era de doenças

pestilenciais, doenças de fácil transmissão, principalmente pela falta de saneamento básico (peste bubônica, gripe, varíola, febre amarela, etc.). Essas doenças matavam muitas pessoas, e não se tinha medida de controle e muito menos nenhum tipo de saneamento.

A carência de profissionais médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império era enorme. Para se ter uma ideia, no Rio de Janeiro, em 1789, só existiam quatro médicos exercendo a profissão (PAIM, 2009).

A assistência médica que começou a formar-se era composta por boticários que, atualmente, estariam classificados como farmacêuticos. Os curandeiros, a medicina liberal, era apenas para quem tinha condições de pagar.

De acordo com o referido autor, o Brasil, até mesmo pelo modelo de colonização, era um país agrário extrativista. O que se produzia era para exportar, e os portos eram a porta de entrada e de saída do país. Nessa época, o Brasil era economicamente dependente das exportações e importações de outros países, e para que as doenças não entrassem e saíssem, foi criada, no ano de 1828, a Organização da Inspetoria Sanitária dos Portos. Dessa forma, foram tomadas algumas medidas de saneamento, para limpeza, por onde escoavam as mercadorias, pois não aceitariam os produtos do Brasil caso houvessem alguma suspeita de praga ou doença atrelada ao produto.

Na saúde, ainda no Brasil Império, em 1829, é criada a Junta Central de Higiene Pública, que foi a sucessora da Inspetoria Sanitária dos Portos. A preocupação ainda era a mesma: a saúde dos produtos brasileiros, e não da população brasileira. Nesse contexto, a saúde pública ainda era muito atrelada à questão econômica, ou seja, não havia o interesse da saúde pela saúde, mas a partir da criação dessas juntas municipais, já passaram a ter alguma preocupação com a saúde da população dentro do município.

Os serviços hospitalares começaram a aparecer no Brasil basicamente por entidades filantrópicas, atualmente conhecidas como as santas casas.

A primeira Santa Casa surgiu em 1543, quando Brás Cubas fundou, em Santos, a Irmandade da Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos. Depois, foram criadas as santas casas de Olinda, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e São Paulo. Assim, a assistência aos pobres ficava por conta da caridade cristã, que abrigava indigentes, viajantes e doentes (PAIM, 2009).

No período da República Velha (1889-1930), havia o predomínio das doenças transmissíveis, grandes epidemias e as doenças pestilenciais, como foi citado anteriormente, fruto da imigração, migração, formação dos aglomerados e das péssimas e precárias condições de saneamento básico, tendo em vista que, por interesses econômicos a capital do Brasil foi transferida de Salvador para o Rio de Janeiro, fazendo uma limpeza no centro da cidade, dando início às grandes periferias, aglomerando pessoas sem condições básicas. Nessa mesma época, a toda a economia brasileira estava voltada para a região Sudeste.

O cenário político era uma Organização Jurídica-Política, voltada para a burguesia. Havia o controle por parte dos grandes proprietários, o conhecido coronelismo. Eram interesses capitalistas predominantemente agrários. Nessa época, existiam os surtos de diversas doenças graves, e tudo isso causava impactos na saúde coletiva e no comércio exterior, chegando um determinado momento em que alguns países não aceitavam receber as mercadorias do Brasil. As doenças estavam fora do controle e tinham fácil proliferação, se tornando uma preocupação dos coronéis, pois prejudicava seus interesses agrários, uma vez que estes dependiam das exportações do café, do açúcar.

A medida que avança o modelo de desenvolvimento econômico do País, a saúde da população começa a se tornar uma preocupação dos governos estaduais e municipais. No início do século XX, foi criado o Modelo Sanitarista Campanhista. Esse modelo tinha o objetivo de sanear as cidades e garantir as exportações agrícolas. Com a industrialização e o êxodo para as grandes metrópoles, surge a necessidade de um atendimento médico previdenciário voltado para os trabalhadores assalariados e uma medicina voltada para a força de trabalho, também como forma de controle social.

O quadro sanitário que se caracterizava no país era caótico, as epidemias estavam se espalhando, deixando as cidades a mercê de doenças contagiosas como exemplo a febre amarela, a varíola, a malária e posteriormente a peste e a gripe espanhola (PAIM, 2009).

O acesso à saúde estava restrito a alguns privilegiados, enquanto a quase totalidade da população não tinha qualquer assistência médica e dependia essencialmente do curandeirismo e da caridade das ordens religiosas.

O então Presidente, Rodrigues Alves, nomeou Oswaldo Cruz, um grande cientista brasileiro, para a diretoria do Departamento Federal de Saúde Pública. Havia a necessidade de erradicar a epidemia de febre amarela, que tomava conta do Rio de Janeiro. Foi então que começou a se pensar em saúde pela saúde, em algumas iniciativas para a saúde pública do Brasil. Com o apoio da autoridade policial, as brigadas sanitárias invadiam as casas, quebravam vasos que estivessem com água parada, tudo executado de maneira bruta. As pessoas não tinham acesso às informações. Esse período ficou conhecido como política sanitária.

No ano de 1904, ocorreu a Revolta da Vacina, marcada por movimentos onde a população, principalmente a mais pobre, era liderada por opositores do governo e médicos que eram contra a vacinação. Naquela época, por influência de Oswaldo Cruz, era obrigatória a vacinação, regulamentada pela Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904. Mesmo diante de todos os confrontos e da maneira como adentravam nas casas, a medida foi eficaz, erradicando a varíola no Rio de Janeiro.

Enquanto a sociedade brasileira esteve dominada por uma economia agroexportadora, assentada na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Por esta razão, desde o final do século passado até o início dos anos 1960, predominou o modelo do sanitarismo campanhista (MENDES, 1992).

Foi nesse mesmo período que se deu início às reivindicações por parte dos trabalhadores. Nos anos de 1917 e 1919, foram realizadas duas grandes greves no país, que resultaram em algumas conquistas por direitos sociais, como por exemplo as caixas de aposentadorias e pensões. E assim, chega ao Congresso Nacional o Decreto Legislativo nº 4682, de autoria do então Deputado Federal paulista Eloy Chaves, para que fossem instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). A lei Eloy Chaves foi aprovada em 24 de janeiro de 1923, sendo a primeira lei na área da saúde pública. Foram as primeiras iniciativas dentro do campo legal. Nessa época, o Brasil já tinha um Departamento Público responsável pela saúde, que antes não existia.

A primeira CAPS a ser instituída foi a dos ferroviários, uma vez que essa categoria desempenhava grande importância para a economia do setor naquela época.

No sistema das Caixas estabelecido pela lei Eloy Chaves, as próprias

empresas deveriam recolher mensalmente o conjunto das contribuições das três fontes de receita, e depositar diretamente na conta bancária da sua CAP (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989). As CAPs eram financiadas com os recursos das empresas, do governo e dos empregados, e o controle era exercido por patrões e empregados. Além das pensões e aposentadorias, contava-se com a assistência médica aos trabalhadores segurados e seus familiares. 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).

Ainda nos anos 1930, teve início a substituição das CAPs pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) Estes institutos eram criados de acordo com a importância das categorias profissionais e não das empresas. O primeiro foi em 1933, dos Marítimos (IAPM), depois, 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).

A Conjuntura de 1930, com suas características políticas e econômicas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais com o objetivo de responder às expressões da questão social de forma orgânica e sistemática. A política de saúde formulada nesse período era de caráter Nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. É importante destacar que o subsetor de saúde pública, será predominante até meados da década de 1960 e centralizou-se na criação das condições sanitárias mínimas para a população, e o de medicina previdenciária só irá se sobrepor ao de saúde pública a partir de 1966.

Conforme destaca Braga; Paula (1986), as principais alternativas adotadas para a saúde pública no período de 1930 a 1940 foram: ênfase nas campanhas sanitárias; interiorização das ações para áreas de endemias rurais; reorganização do Departamento Nacional de Saúde em 1941.

No ano de 1942, ocorreu a criação da Fundação Serviço Especial de Saúde (SESP), financiada pelos americanos interessados na exploração da borracha na Amazônia. Além do combate à malária, a Fundação SESP desenvolveu outras ações de saúde pública nas regiões Norte e Nordeste do país e outras áreas de interesse estratégico para a economia. Tal fundação, objetivava desenvolver estratégias sanitárias no país e era regulada pelo Ministério da Educação e Saúde e financiada com recursos norte-americanos, através da Fundação Rockefeller.

O período de 1945 a 1964 é caracterizado por algumas melhorias nas condições sanitárias, porém não se conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas, mostrando ineficiência dos serviços públicos. O fato é que as ações da saúde no período citado estavam relacionadas à economia, ou seja ditadas de forma a atender os interesses do capital.

Com o golpe militar em 1964 é instaurada a ditadura no Brasil, período caracterizado por canalizar as reivindicações e pressões populares. A saúde enfrentou forte tendência privatista em decorrência da nova política econômica, na qual o Estado exercia o papel de regulador da sociedade e afastava os trabalhadores do processo político.

Em face da questão social no período de 1964 a 1974, o Estado utilizou o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade e conseguir a legitimidade do regime (BRAVO, 2009).

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) implantado no Brasil no período militar caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocratização técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde (EDLER; ESCOREL; NASCIMENTO, 2005). A saúde pública teve nesse período em declínio, enquanto a medicina previdenciária cresceu principalmente em 1966 com a unificação dos institutos, resultando no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Foi a maneira que o governo militar encontrou de manter o controle e intensificar a fiscalização, sob o poder do Governo Federal. Dessa forma, passou a existir uma nova gestão mais centrada, com fins lucrativos, do ponto de vista financeiro, a assistência médica previdenciária nessa época era prestada pelos hospitais ambulatoriais e consultórios médicos da rede de serviços ofertados pelos institutos.

Havia uma política de poucos recursos para a saúde pública e muito incentivo para as empresas de saúde privada, estimulando-se um padrão de organização da prática médica pela lógica do lucro. Além do fortalecimento do setor privado, a previdência mantém a expansão da medicina de grupo, modalidade em que as empresas contratavam uma empresa médica para dar assistência aos seus empregados, deixando de contribuir com o INPS (AGUIAR, 2015).

Esse instituto era subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, integrando 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.

Assim, em fins dos anos 1970 diante dos limites e fragilidades destes modelos assistenciais à saúde e como forma de reivindicar o direito à saúde como sendo um direito de todos e dever do Estado, surgiu o Movimento de Reforma Sanitária como crítica ao Estado autoritário e para reivindicar a garantia aos direitos de cidadania e saúde, através de políticas sociais.

O Movimento de Reforma Sanitária surge através de iniciativas de trabalhadores do setor, forças populares e de movimentos sociais que tinham o intuito de democratizar o acesso à saúde. A Reforma Sanitária foi essencial para inscrever a saúde como direito do cidadão e uma de suas estratégias foi a ampliação dos direitos de cidadania às camadas populares.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização. Expressou a indignação da sociedade frente às graves desigualdades, à mercantilização da saúde, que segundo Arouca (2007), configurou-se como ação política acertada em torno de um projeto civilizatório de sociedade inclusiva, solidária, tendo a saúde como direito universal de cidadania.

Na dimensão civilizatória, destacamos o caráter contra hegemônico do projeto civilizatório do MRSB, ao afirmar a saúde como direito universal de cidadania, na contramão do projeto de globalização neoliberal com sua agenda de restrição de direitos, de focalização das políticas sociais, preconizadas pelas agências internacionais, Banco Mundial (BM), Fundo Monetário Internacional (FMI), como única saída para a crise fiscal das décadas de 1970/1980.

Um dos marcos do movimento de redemocratização do país, liderado pelo

MRSB, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Março de 1986, em Brasília, que levou cerca de 4.500 pessoas para discussão de problemas relacionados à situação de saúde da população, e aprovaram propostas significativas para solução dos mesmos, como é o caso de princípios adotados pela constituição no Artigo nº 196, que diz que a “saúde é direito de todos e dever do estado” (BRAVO, 2006).

Na dimensão democrática participativa, destaca-se o processo constituinte de ampla e plural participação, marca inegável da construção do direito à saúde no Brasil, expressa no texto da Constituição de 1988, que adotou princípios como a universalidade independente da contribuição, integralidade entre as esferas de governos e o controle social que coloca a participação popular através das conferências (que têm a periodicidade de a cada dois anos) e os conselhos de saúde (Federal, Estadual e Municipal), com participação paritária de 50% de usuários e 50% de outros segmentos do setor saúde, que têm a função de fiscalizar, avaliar e encaminhar as ações de serviços de saúde prescritos na Lei nº 8.142/90 (PAIM, 2009). Assim, nasce o Sistema Único de Saúde (SUS) e, conforme a Lei orgânica da saúde nº 8080/90, que trata a saúde como direito fundamental ao ser humano, Bravo (2006) diz que a CF/88 trouxe avanços consideráveis que buscam corrigir injustiças sociais históricas deixadas desde a colonização, onde a burguesia sempre se apropriou do bem público em seu próprio benefício.

O MRSB significa, nesse contexto, uma experiência contra hegemônica, na contramão da tendência hegemônica de reformas de cunho neoliberal e, afirma a indissociável conexão entre a reforma democrática/republicana da saúde e um projeto de desenvolvimento inclusivo para o País (PAIM, 2009).

3 A SAÚDE ENQUANTO POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL

Não somente no Brasil, como em toda a América Latina, os direitos sociais do cidadão são objeto de atenção por toda a extensão do período democrático atual. Trata-se de uma busca que, ainda embora não satisfeita, é relatada mesmo antes da democracia. Um desses direitos sociais almejados e buscados é o direito universal à saúde. Segundo Marsiglia (2014), no Brasil, ainda no período ditatorial, acontecia o Movimento da Reforma Sanitária, que se consolidou de tal maneira a influenciar no momento da elaboração da Constituição Federal Brasileira de 1988. Foi a partir desse movimento que se moldaram as diretrizes que vieram a consolidar, dentro da legislação, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Era a saúde do cidadão sendo incluída no principal documento legislativo brasileiro como direito universal e igualitário:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Toda a Seção II do Capítulo II da Constituição Federal trata da saúde, e seu Art. 200 apresenta as principais atribuições do SUS:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

A saúde foi vislumbrada, na Constituição Federal, dentro do seu Capítulo II, que trata a Seguridade Social, e compõe, juntamente com os objetos das Seções II e III, o conjunto de direitos sociais do cidadão: saúde, previdência e assistência social. Assim determina o Art. 194: “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

Desde então, já se percebe uma ligação intrínseca entre saúde e assistência social, tratadas como um conjunto, conceitos que se complementam na composição dos direitos relacionados à participação social, e à prevenção, educação e promoção em saúde. O SUS era caracterizado como a primeira materialização destes direitos como política social (MENEZES, 2017; MARSIGLIA, 2014).

Portanto, em relação à saúde, o texto constitucional trouxe grandes avanços. Mendes (1992) cita alguns desses, podendo se destacar: o conceito de saúde é entendido numa perspectiva de uma articulação de políticas sociais e econômicas; O entendimento da saúde como direito social e universal derivado do exercício de uma cidadania plena; a caracterização das ações e serviços de saúde como relevância pública; a criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade; a integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social.

Conforme destaca Paim (2009), com Constituição de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como direito social, ou seja, inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder pública a obrigação de garanti-lo. Essa conquista política e social pode ser atribuída a diversa lutas e esforços empreendidos pelo movimento de reforma sanitária.

Dois anos após a instituição da Constituição Federal, foi sancionada a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, então denominada Lei Orgânica da Saúde, que visa à regulação das ações e serviços de saúde no Brasil. Em primeiro momento, é importante constatar a forma como esta Lei amplia o conceito de saúde para além das condições relacionadas à ausência de patologias:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

O SUS é decorrente de um dos mais exitosos movimentos sociais brasileiros

que resultou na universalização do direito à saúde como dever do Estado Brasileiro, se contrapondo à dinâmica de oferta de serviços do setor baseado na acumulação do capital, prática vigente ao longo dos anos no Brasil.

Cabe mencionar que, paradoxalmente a todas essas conquistas, na década 1990, logo após a homologação da CF, já se enfrentou desafios na efetivação das ações e serviços de saúde, pois o texto da conhecida “constituição cidadã” defendia dois tipos de projetos universal público e o privatista como complementar, que são contraditórios, mas que, em dias atuais, priorizados pela política neoliberal, colocam as ações do estado como mínimo, colocando a saúde como um mercado promissor para o capital e os resultados desse processo é o total sucateamento do SUS, ações e projetos de saúde focalizados, colocando as políticas sociais como gastos desnecessários, e defendendo o “estado mínimo” para o social e máximo para o capital (BRAVO, 2006).

A partir de tal conjuntura, o SUS enfrenta um contexto desfavorável para sua efetivação, visto que o neoliberalismo avança na perspectiva de redução da autonomia do Estado, se verificando um embate entre o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária. Numa realidade onde se percebe cada vez mais uma política em saúde de contenção de custos, de restrição do acesso, e com direção focada para a população pobre e não para a universalidade, cabe mencionar a necessidade de profissionais comprometidos com a garantia do acesso aos serviços de direito social, a exemplo do assistente social, enquanto profissional que possui uma histórica vinculação com a política de saúde, como veremos a seguir.

4 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA

O Serviço Social surgiu no Brasil na década de 1930, sob influência da Igreja Católica, época de intensificação do processo de industrialização no país. Sua inserção na saúde ocorreu na medida em que essa política social foi sendo implementada.

No final da década de 1960, com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), ocorreu uma forte presença do Assistente Social (AS) na área de saúde numa atuação conservadora como mero executor terminal de programas e projetos que privilegiavam o modelo assistencial individual, curativo, hospitalocêntrico e vertical. O usuário era responsabilizado por seu estado de saúde e um sujeito passivo, ou seja, em consonância com a lógica privatista (LESSA, 2003).

No momento em que o Estado passou a intervir, por meio de políticas sociais (seu principal instrumento) nas refrações da "questão social", demandou profissionais para executar tais políticas, objetivando amenizar os conflitos entre as classes sociais, ou seja, a burguesia e o proletariado. Assim, o Assistente Social foi requisitado para trabalhar com as expressões da "questão social", a partir da operacionalização das políticas sociais, enquanto instrumento do Estado, criando, desse modo, o espaço de intervenção profissional, lhe atribuindo funcionalidade e legitimidade (MONTAÑO, 2007).

O Serviço Social nasce como profissão na sociedade capitalista urbanoindustrial, que inaugura uma nova fase do sistema econômico, em meio a um contexto de revoluções políticas e inovações tecnológicas. Trata-se do período histórico em que ao capitalismo concorrencial sucede o capitalismo dos monopólios e recoloca, em seu patamar mais alto, o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa os seus

traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade histórica (KOKRDA, 2014, p. 25).

Conforme destaca Lessa (2003), entre 1970 a 1980 ocorreram mudanças significativas no cenário político e sanitário advindo da luta dos movimentos sociais, nesse interim o Serviço Social também passava por um movimento interno de ruptura com o conservadorismo, o chamado movimento de reconceituação, e aproximava-se dos aportes teóricos do marxismo, a partir daí sua atuação na saúde passa a ser de natureza histórico-estrutural com dimensão política e o usuário é visto como um sujeito de direito.

Após a implantação do SUS, na década de 1980, houve uma ampliação dos espaços sócio-ocupacionais na área de saúde para o AS, ou seja, o mesmo passou a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, no entanto esta ampliação é marcada por contradições postas pela correlação de força entre o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária.

É importante destacar que o assistente social foi reconhecido como profissional de saúde através da Resolução 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução 383/1999 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Sua abordagem nos variados campos de atuação, como também na saúde deve ser norteada pelo Código de Ética do/a Assistente Social 273/1993, pela Lei 8.662/1993 que regulamenta a profissão e pelo Projeto Ético Político do Serviço Social (PEPSS) que preconiza uma nova ordem social em favor da igualdade, da justiça social e da cidadania (CFESS; 1999, BARROCO; 2012).

Cabe mencionar que os parâmetros para a atuação do A.S na saúde, define que tal profissional deve pautar-se no conhecimento da realidade do território/sujeito assistido, a definição dos objetivos e a utilização de abordagens/instrumentos adequados para intervir na realidade, ou seja, um potencial teórico-metodológico e ético-político para um proceder técnico-operativo qualificado, bem como reconhecer o conceito de saúde, intersetorialidade, integralidade, interdisciplinaridade e a participação social constitui-se como elementos alinhados aos princípios defendidos pelo SUS, inerentes à transformação societária e ao estado democrático (CFESS, 2010).

No que se refere os objetivos do trabalho do assistente na saúde, destacam – se: identificar/reconhecer as determinações sociais, culturais e econômicas que refletem no processo saúde-doença, traçar estratégias político-institucionais de enfrentamento a estas questões articulados com os demais segmentos profissionais/sociais (CFESS, 2010).

No que se refere aos eixos de atuação dos/as assistentes sociais na saúde, estes abrangem: atendimento direto aos usuários que deve transpor o caráter emergencial/burocrático nos diferentes níveis de atenção à saúde e esferas de governo, que ocorre mediante as ações socioassistenciais consideradas como a principal demanda para o AS, e as ações socioeducativas reconhecida como um dos fundamentos da atuação, que se dá por meio da democratização de informação e orientação individual, coletiva ou grupal aos usuários/sociedade junto com a equipe, de maneira a proporcionar a construção de uma nova cultura, viabilizar o acesso aos serviços e fortalecer a interdisciplinaridade; mobilização, participação e controle que tem como propósito a construção e fortalecimento do usuário como sujeito político; a investigação, planejamento e gestão com a finalidade de desvelar as reais condições de vida/trabalho dos profissionais de saúde e usuários, fortalecer a gestão democrática/participativa e a intersetorialidade; e a assessoria, qualificação e formação profissional que tem como objetivo principal, a melhoria na qualidade dos

serviços prestados aos usuários, a formação permanente, a assessoria a movimentos sociais e a gestão, além de supervisionar estágios (CFESS, 2010).

Desse modo, cabe ressaltar que o assistente social, deve atuar não somente como executor terminal das políticas sociais, mas como um profissional com qualificação/competência para elaborar, coordenar, planejar, supervisionar, avaliar e executar pesquisas, planos, programas e projetos na área de saúde (CFESS; 2010, LESSA; 2003).

Uma atuação qualificada do Serviço Social dentro do espectro da saúde pressupõe, segundo Nogueira e Sarreta (2016):

- Articulação com o movimento dos trabalhadores militantes pela real efetivação e consolidação dos conceitos e práticas do SUS;
- Ter conhecimento legítimo da realidade sobre as condições de vida e saúde dos usuários e do universo que envolve a saúde;
- Facilitar o acesso ao serviço de saúde, por parte de qualquer usuário, ao passo que mantenha vigilância para que se tente evitar descaracterização ou desvio da proposta original do SUS;
- Priorizar a atuação em equipe, composta pelo contingente necessário ao mais alto nível de atendimento e atenção em saúde, incentivando a intersectorialidade e a operação conjunta entre profissionais de diferentes áreas, mesmo que não tenham, inicialmente, relação direta com a saúde, mas que possam contribuir com uma experiência plena por parte do atendido;
- Fomentar a instauração de locais e espaços que garantam a participação popular nas decisões relacionadas à saúde;
- Priorizar a pesquisa e o desenvolvimento de novas iniciativas na área da saúde, por meio de projetos de educação, assessoria e investigação.

Os traços do Serviço Social no âmbito da saúde englobam o próprio entendimento da saúde para além da simples ausência de doença, significando um estado de completo bem estar físico, mental e social. Trata-se de um direito humano fundamental, que carece de ação conjunta de diversos setores, entre eles o social, e não somente da ação técnica e prática de profissionais de saúde (KOKRDA, 2014, p. 42).

Contudo, o constante avanço e influência neoliberal na política de saúde faz com que o cotidiano da atuação do profissional na área, ocorra em meio a contradições, com práticas individuais e respostas imediatas, na sua maioria de natureza psicossocial, que irá, lamentavelmente, favorecer o projeto privatista ao atuar com ênfase no assistencialismo (CFESS; 2010, LESSA; 2003).

5 A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Reconhecendo a importância do estágio supervisionado para a formação profissional e como parte do currículo obrigatório na graduação em Serviço Social, ele é realizado com base na Lei 11.788/2008, conhecida como a Lei do Estágio, na Resolução 533/2008 do CFESS, e na Política Nacional de Estágio da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) que, embora não tenha força de lei, é instrumento fundamental na formação da análise crítica e da capacidade interventiva, propositiva e investigativa do estudante, que precisa apreender os elementos concretos que constituem a realidade social capitalista e suas contradições, de modo a intervir, posteriormente como profissional, nas diferentes expressões da questão social (PNE, 2011, p. 11), bem como nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996, que definem os sujeitos envolvidos no estágio obrigatório que são: supervisor acadêmico e supervisor de campo, e alunos da graduação de Serviço Social.

É nesta perspectiva que o Estágio Supervisionado adquire um peso privilegiado no processo de formação profissional do estudante do curso de Serviço Social, podendo oportunizar não somente aproximações no processo de capacitação teórico-metodológica para o exercício profissional, mas também o conhecimento das diferentes relações que compõem todo o complexo tecido social (OLIVEIRA, 2004).

5.1 O atendimento desenvolvido na instituição campo de Estágio

Segundo informações do site oficial do Governo do Estado da Paraíba (PARAÍBA, 2019), no início do ano 2000, a situação da saúde hospitalar em Campina Grande/PB, era gravíssima. Havia poucos hospitais e a maioria privados para atender as enormes demandas de alta complexidade como casos de urgências e emergências.

Em tal contexto, mediante as reivindicações da população em busca de uma instituição emergencial que respondesse às demandas do município, uma equipe liderada pelos médicos João Menezes e Márcio Rocha expôs o problema ao então governador José Maranhão, ocorrendo em tal conjuntura a criação do 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 São José, com ambientes distribuídos em três andares, que se constituíam em: enfermarias, sete consultórios, quatro salas de cirurgias, uma Unidade de Tratamento Intensivo (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 tamanha demanda. A busca por melhores acomodações emergenciais na saúde eram necessárias. Lutas e reivindicações da população eram uma constante nesse sentido, o que levou à construção de um novo

espaço hospitalar.

Assim, em 05 de julho de 2011, numa solenidade marcada pela presença do governador Ricardo Coutinho, foi entregue o novo Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes, localizado à Rua Floriano Peixoto, 1045 no bairro das Malvina III. 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 pessoas. A demanda de outros Estados denota a precariedade do atendimento no que tange à saúde, ocasionando a superlotação nos grandes hospitais, o que se constitui em um grande desafio no contexto da saúde pública e universal.

O hospital de Emergência e Trauma possui área construída de 22 mil metros quadrados, com um heliporto e amplo estacionamento para 516 veículos. A 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, Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA) 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.

A instituição 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 hospital 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.

Há no hospital classificação de risco segundo o Ministério da Saúde, que acontece desde o acolhimento até a saída do usuário. Essa classificação é dividida, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) por:

- Ala verde: de alta rotatividade, por ser uma ala de avaliação clínica, nela geralmente os usuários não precisam de internação e sua permanência é de no máximo 12 horas;
- Ala amarela: usuários que ficam esperando diagnóstico que pode levá-los a cirurgias ou que estão esperando por cirurgias;
- Ala vermelha: usuários acidentados ou desestabilizados que precisam passar por minuciosa avaliação para encaminhar-se às devidas alas responsáveis, para melhor recuperação de suas enfermidades; abriga usuários graves e gravíssimos de diagnóstico diversificado que requer cuidados específicos tornando-se assim uma “UTI “;
- Ala laranja: usuários gravíssimos que precisam de cuidados intensivos também considerada UTI.

O Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes disponibiliza 292 leitos, divididos em quatro unidades semi-intensivas (UTIs) e sete grandes enfermarias: duas ortopédicas, uma neuro buco maxilar, uma de cirurgia geral, uma clínica, uma para queimados, e uma pediátrica, sendo monitoradas por um quadro de 440 profissionais médicos, dos quais 69 em regime de plantão de 24 horas. Tudo é planejado para promover um melhor cuidado em saúde a toda população que dele necessitar, de forma humanizada e eficaz para contribuir com o menor tempo possível de sua permanência no ambiente hospitalar.

5.2 O Serviço Social no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Diariamente a unidade hospitalar já citava recebe demandas das mais diferentes especialidades, são pessoas que chegam de diversas localidades e também do próprio município. Em 2018, nos primeiros 5 meses foram prestados 38.3249 atendimentos e realizadas 3.708 cirurgias, o hospital disponibiliza 292 leitos, 340 médicos, sendo 64 em regime de plantão presencial 24 horas, também dispõe de seis salas no bloco cirúrgico (PARAÍBA, 2019).

A Unidade Hospitalar é referência em trauma para 203 municípios da Paraíba, além de alguns municípios do Rio Grande do Norte, Pernambuco e Ceará, consequência também de sua localização geográfica, o que também foi possível observar que mesmo localizado na cidade de Campina Grande – PB, o número de pacientes é bem reduzido se comparado a entrada de pacientes oriundos de outros municípios, o que faz com que pessoas de diferentes localidades passem um determinado período dentro da unidade, tanto quanto pacientes como acompanhantes, são pessoas que chegam durante as emergências, muitos vêm desprovidos, tanto financeiramente como de informações de seus parentes.

A inserção dos Assistentes Sociais no hospital, se deu a partir da necessidade de profissionais de ensino superior capacitados para intervir nas expressões da questão social no contexto da saúde, e desde a inauguração do hospital ocorre a contratação dos Assistentes Sociais.

O Serviço Social é a profissão que atua no campo das políticas sociais com o compromisso de defesa e efetivação dos direitos sociais da população, usando o fortalecimento da democracia. A ação do Serviço Social se volta ao enfrentamento da questão social, seja ela nos mais diversos campos, intervindo sobre as situações de risco social e vulnerabilidade, contribuindo para uma abordagem global que vai além da demanda apresentada.

O Assistente Social no contexto da saúde e particularmente em hospitais,

atua na articulação e intersectorialidade com as demais políticas públicas, em todas as esferas. Nesse sentido se faz necessário que tal profissional esteja qualificado para apreender os limites e possibilidades da prática, a partir de uma postura crítica e reflexiva para lidar com as demandas, exigindo assim conhecimentos teóricos e metodológicos que possibilitem a viabilização do acesso aos direitos dos usuários de tal política.

E essa realidade não é diferente dentro do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, esses profissionais trabalham em regime de plantão, que se revezam em escalas de 24 horas, 12 horas, e 06 horas, que exige uma comunicação mutua, tanto pessoalmente como principalmente em registro de atas, durante a troca de plantões, essa comunicação faz-se necessária para o desempenho qualitativo de suas atribuições dentro da instituição. Particularmente na instituição, atuam 32 Assistentes Sociais, com vínculos efetivos, e mais quatro contratos contratados por processo seletivo.

Baseado nas Normas e Rotinas do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, são várias as competências atribuídas ao assistente social (ALBUQUERQUE, 2018):

- Participar do processo de admissão do usuário;
- Realizar atendimento individual ao usuário, prezando sempre pelo sigilo ético e profissional, fazendo os devidos registros nos prontuários dos pacientes e na ficha social;
- Receber o paciente de forma humanizada e acolhedora;
- Prestar orientações educativas, aos pacientes, acompanhantes e visitantes;
- Registrar no livro de ocorrências do Serviço Social todas as ocorrências do setor que precisem ser repassadas;
- Informar e discutir com os usuários acerca dos seus direitos sociais, mobilizando-os ao exercício da cidadania, direitos esses (Previdenciário, humanos, da mulher, do idoso, entre outros) sempre respaldados pela lei, colocando-se assim também à disposição da família do usuário para eventuais esclarecimentos quanto aos seguros sociais (DPVAT, licenças, BPC entre outros);
- Conscientizar e solicitar da família do usuário durante a admissão e por consequência durante a sua estadia na unidade, quando a reposição do sangue através da doação;
- Planejar ações com a equipe do setor, para uma melhor qualidade no atendimento ao usuário como também discutir com demais profissionais da saúde sobre a problemática do usuário, interpretando a situação social do mesmo;
- Conscientizar a família, quanto à necessidade de acompanhantes em caso de idosos, deficientes e demais situações que necessitar;
- Solicitar junto à secretaria de transporte dos municípios, a ambulância para deslocamento do paciente após a alta hospitalar;
- Realizar contatos com outros serviços da rede sócio assistencial, fazendo os encaminhamentos necessários;
- Atender, orientar e fazer encaminhamento das demandas que chegarem ao setor;
- Emitir declaração de comparecimento ao acompanhante do usuário, uma vez que o mesmo precisa estar munido do registro de frequência assinado

pelo assistente social;

- Orientar ao responsável pelo paciente quanto às normas e rotinas executadas dentro do hospital (Horário de visitas, troca de acompanhantes, alimentação, vestimentas, entre outras);
- Requisitar hospedagem em casa de passagem ou de apoio aos acompanhantes de pacientes que residem em outras localidades, dando-lhes um suporte maior para suprir alguma necessidade;
- Dar a notícia do óbito e emitir DO (declaração de óbito) aos familiares ou responsáveis.

Cabe ressaltar que muitas dessas competências atribuídas aos Assistentes Sociais no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes não estão previstas nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, como por exemplo a Informação do Óbito de pacientes aos seus familiares, uma prerrogativa que, embora aconteça, reflete práticas específicas do sistema privatista de saúde.

São muitos os desafios do serviço social em tal espaço institucional, dentre estes está a viabilização do acesso do usuário a saúde. Conforme destaca Martinelli (2011), no atendimento direto aos usuários, trabalha-se com pessoas fragilizadas que pedem um gesto humano: um olhar, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que possam se fortalecer na sua própria humanidade.

A referida autora destaca que a Política Nacional de Assistência Social — PNAS, aprovada pela Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social n. 145, de 15 de outubro de 2004, nos pede um novo olhar para o social: o da proteção social como direito, como elemento fundante da cidadania. Da mesma forma, os princípios da Política Nacional de Saúde Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, nos direcionam na luta pela vida, no compromisso pela construção de práticas democráticas, sintonizadas com as necessidades sociais e de saúde da população. Assim também a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) partindo do princípio consagrado na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, preconiza:

- Que todo cidadão tem o direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando um atendimento mais justo e eficaz;
- Que ao cidadão é assegurado o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados;
- Que ao cidadão é assegurado atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando a igualdade de tratamento;
- Que ao cidadão é assegurado um atendimento que respeite os valores e direitos do paciente.

No âmbito desses marcos legais e normativos do serviço social, torna-se indispensável ressaltar, conforme mencionamos anteriormente, a importância dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, elaborados a partir de ampla participação da categoria profissional e promulgados pelo CFESS, com o objetivo de “referenciar a intervenção dos profissionais na área da saúde” (CFESS, 2010, p. 11). Tais parâmetros reforçam a importância e reconhecer os usuários da saúde como sujeitos de direitos, em um contexto de cidadania e de democracia.

5.3 Relato da execução do Projeto de Intervenção no Setor de Serviço Social

A experiência do Estágio Supervisionado obrigatório foi realizada no lapso temporal que compreendeu os meses de outubro de 2017 a dezembro de 2018, acontecendo em três momentos fundamentais.

O primeiro consistiu no período de observação, momento no qual foi possível acompanhar e observar de perto o trabalho executado pelos assistentes sociais, com a oportunidade de presenciar as intervenções e as demandas dentro da instituição. Nesse estágio, também foi elaborado o “diário de campo”, no qual foram registradas observações e inquietações. Foi possível, ainda, identificar o objeto de estudo para dar início à intervenção posteriormente.

Essa etapa foi importante no sentido de possibilitar a compreensão acerca da realidade local, e foi possível constatar a forma como o profissional de Serviço Social é subvalorizado diante dos demais profissionais.

O assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho ainda existente (CFESS, 2010).

Por outro lado, foi possível vivenciar o aprofundamento do conhecimento e também o questionamento quanto ao trabalho do Assistente Social, tendo em vista que muitos desconhecem a real função desse profissional dentro daquele espaço institucional.

O segundo momento consistiu em desenvolver a caracterização do campo de estágio, ou seja, conhecer a história da instituição, o que foi feito através de pesquisas e observação. Dessa forma, foi possível conhecer aspectos históricos e físicos da instituição, trazendo, assim, para a comunidade, informações até então desconhecidas do Hospital de Emergência e Trauma.

O terceiro momento, consistiu na elaboração e execução do Projeto de Intervenção. Depois de passar pela observação e identificar as demandas, foi possível identificar o objeto de intervenção, que possibilitou a elaboração do projeto de Intervenção, cujo tema foi “A Contribuição do Serviço Social no Atendimento e Viabilização do Direito aos Acompanhantes dos Usuários no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes”, desenvolvido com o objetivo de levar informações aos acompanhantes com relação aos seus direitos e às normas exigidas pela instituição, além de esclarecer sobre a atuação do Assistente Social. O Hospital de Emergência e Trauma, por ser considerado uma organização de alta complexidade, recebe diariamente as mais diversas demandas, e é necessário a realização de um trabalho socioeducativo junto aos acompanhantes.

Esse projeto foi direcionado aos acompanhantes, depois de verificar-se que os mesmos desconheciam seus direitos e principalmente as normas da instituição. Em diversas situações de visitas, ficou percebida a ausência dos acompanhantes. Era sabido que alguns precisavam se ausentar, porém alguns o faziam por longos períodos de tempo. Observou-se que os acompanhantes dos usuários são majoritariamente agricultores, residentes da zona rural, e poucos possuem ensino Médio. São na sua maioria jovens do sexo feminino. Em geral, são mães, filhas e esposas, acompanhando seus familiares submetidos à internação, alguns por longos e outros por curto período.

Durante o período de Estágio, mais precisamente durante o período de

observação, no qual aconteceu o processo de observação da atuação dos assistentes sociais, foi possível observar o quanto a atuação do Assistente Social é importante dentro da instituição, principalmente nos setores em que há permanência de pacientes por determinado período de internação. O Assistente Social atua como viabilizador do acesso aos serviços dentro da instituição, buscando fazer a inter-relação entre familiares, equipe e instituição, atuando na mediação para a viabilização de direitos, conhecendo as necessidades de cada um nesse período de internação, executando, assim, um trabalho educativo acerca do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde.

Dessa maneira, percebeu-se a oportunidade e necessidade de se realizar um trabalho educativo, voltado para a orientação e promoção de direitos, além de informar sobre as normas da própria instituição, uma vez que muitos pacientes passam por longo período de internação. Por se tratar de um hospital de alta complexidade, percebe-se que é necessário fazer essa mediação entre usuário e família, pois o indivíduo não está, por prerrogativa, preparado para uma temporada dentro de um hospital. Sendo assim, a intervenção justificou-se na necessidade de se fazer um trabalho voltado para os acompanhantes, de modo a orientá-los sobre direitos, deveres, e normas institucionais.

Para a proposta de intervenção, contou-se com uma metodologia voltada para encontros, com palestras educativas e visitas às enfermarias. Foi, assim, possível delimitar onde iríamos atuar, passando pelas alas ortopédicas, Amarela, Cirúrgica e Pediátrica. Para a realização da intervenção, foram realizadas palestras dentro das enfermarias, com distribuição de panfletos educativos.

Esses encontros ocorreram no período vespertino, nos dias em que acontecia o Estágio Supervisionado, quarta e sexta-feira, no período de agosto a dezembro de 2018. Durante esse período, foram realizadas leituras para melhor compreender assuntos relacionados à saúde e ao próprio Serviço Social no âmbito da saúde, sempre respeitando a disponibilidade dos pacientes e acompanhantes.

Sob a supervisão da supervisora de campo, foram realizados encontros nas enfermarias, em um total de cinco encontros, sempre com a mesma abordagem temática, provocando o questionamento quanto ao papel do Assistente Social, e aos pacientes e acompanhantes quanto aos seus direitos, deveres e normas institucionais, os quais esses acompanhantes desconheciam. A duração foi de 20 minutos para conversas e orientações, com abordagem aberta para quaisquer esclarecimentos, tentando-se sempre alcançar o número máximo possível de acompanhantes, o que, por algumas vezes, não foi possível, pois alguns, por também desconhecerem algumas normas, não se faziam presentes junto aos seus pacientes.

Nesse contexto, ficou notório que muitos desconhecem o papel do Assistente Social dentro da instituição, e não tinham consciência da importância desse profissional na viabilização dos direitos dos usuários. Tal percepção nos motivou a fazer tal abordagem na perspectiva de publicitar o trabalho de tal profissional na instituição, como também de socializar informações sobre os direitos dos acompanhantes. Para que tivessem acesso a informações, foram produzidos folders informativos, e foram realizadas palestras educativas e orientadoras. Buscando sempre o público alvo que eram os acompanhantes, verificou-se que os mesmos são surpreendidos pela situação de internação, tanto quanto os próprios pacientes, levando-os a mudar muitas vezes sua rotina para poder acompanhar seus entes.

Sabendo da necessidade da atuação do Serviço Social na instituição hospitalar, buscou-se socializar informações que entendemos serem importantes

para o acesso à saúde pelos usuários do SUS, e particularmente os usuários do hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o nosso período de inserção em Estágio Obrigatório em serviço social junto ao Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande-PB, foi possível observar as dificuldades e desafios enfrentados pelos usuários da instituição.

Constatou-se, dentre as dificuldades, a falta de recursos materiais, comprometendo o trabalho dos profissionais da saúde e a qualidade do atendimento prestado, inclusive quando o usuário precisa ser levado para a realização de certos procedimentos cirúrgicos ou ministração de medicamentos.

No que se refere ao serviço social, podemos perceber o amplo leque de funções realizadas pelo Assistente Social na Instituição, que vai desde o acolhimento aos familiares e acompanhantes, até as notícias de Óbitos (mesmo não sendo atribuição privativa do profissional).

Tais funções que não fazem parte do conjunto de atribuições previstas nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, precisam ser alvo de reflexões em tais espaços. É preciso se avançar em suas atribuições na perspectiva da promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde.

No que se referem às ações de natureza socioeducativas no âmbito da ação profissional, foi possível observar a partir de nossa inserção em campo de estágio obrigatório em serviço social, o quanto a ação socioeducativa pode se constituir em uma ferramenta que instrumentaliza o usuário frente aos seus direitos, além de prevenir e promover saúde.

7 REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. **SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2015. 272 p.

ALBUQUERQUE, S. S. G. 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**. 2018. 37f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2018.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília: Casa Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília: Casa Civil, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. **Lei Nº 11.788, de 25 de setembro de 2008**. Dispõe sobre o estágio de estudantes e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm>. Acesso

em: 22 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRAVO, M. I. S. **A Política de Saúde no Brasil**. In: Mota et.al (Orgs.) Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortes, nº 88, 2006.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, R. do; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. (org). **Saúde e Democracia: História e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

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

CONASS. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução Nº 383/99**. Caracteriza o assistente social com profissional da saúde. Brasília, 1999. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br>>. Acesso em 02 nov. 2019.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília. 2010.

KOKRDA, D. A. R. **O trabalho do/a Assistente social na saúde pública em Goiânia e o Projeto Ético-Político Profissional**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Católica de Goiás. 2014: PUC, 2014. Disponível em: <<http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/2182/1/DIANA%20ALVES%20DE%20REZENDE%20KOKRDA.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2019.

MARSIGLIA, R. M. G. **Estado e política social: saúde**. Revista Katál, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 155-156, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0155.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2019.

MENDES. E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2019.

_____. **As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da Reforma Sanitária e a Construção do projeto neoliberal**. Distrito Sanitário: O Processo Social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Hucitec, 1992.

MENEZES, D. H. L. **A política de saúde brasileira: algumas reflexões sobre as organizações sociais.** In: VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luis-MA: UFMA, 2017. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo14/apoliticadesaudebrasileiraalgumasreflexoessobreasorganizacaoessociais.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2019.

NOGUEIRA, D. O.; SARRETA, Fernanda de Oliveira. **A inserção do Assistente Social na Saúde: desafios atuais.** In: 4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. Belo Horizonte: CRESS, 2016. Disponível em: <<https://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/13/130a0812-1065-4c0b-9ab2-41a70858af1d.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2019.

OLIVAR, M.; S; VIDAL, D, L, C. O trabalho dos Assistentes Sociais em Hospitais de Emergência. **Revista do Serviço Social e Sociedade**, ed. 92, p. 140-155, 2006.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA FLEURY, S. M. **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1989.

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

PARAÍBA. Secretaria da Saúde. **Hospital de Trauma de Campina Grande realiza mais de 9 mil atendimentos em maio.** Campina Grande: Governo da Paraíba, 2019. Disponível em: <<https://paraiba.pb.gov.br/diretas/secretaria-da-saude/noticias/hospital-de-trauma-de-campina-grande-realiza-mais-de-9-mil-atendimentos-em-maio>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de Saúde no Brasil; uma pequena: revisão. **Caderno do Internato Rural - Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, 2001.

REIS, L. G. **Produção de monografia da teoria à prática: o método educar pela pesquisa (MEP).** 5. ed. Brasília: SENAC-DF, 2015.

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

SILVA, J. C. M. **O trabalho do Assistente Social no Sistema Único de Saúde.** Sl, 2010.

TEXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre a democracia e reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. (org). **Reforma Sanitária em Busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: Cortez, 1989.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu DEUS, por ser o autor da minha história, por não desistir e sempre acreditar em mim, quando achei que não conseguiria seguir a diante.

Aos meus pais, Germano e Sônia, por sempre me apoiarem e acreditarem em meus sonhos tanto quanto eu.

Ao meu esposo Cláudio Roberto, por me apoiar, por sua compreensão e dedicação, em especial nesse momento, onde sua presença física não se fez, porém sempre esteve transmitindo toda energia positiva que eu necessitava.

Aos meus irmãos Diego, Wanderson, Mayara e Sabrina, que me auxiliaram quanto estive sobrecarregada.

Ao Colega André, por acreditar junto comigo, que mesmo diante das dificuldades, me auxiliou o quanto pôde.

À minha amiga / irmã Márcia Lima, que a Universidade e o estágio me deu de presente, como também à minha amiga Edlene, Vocês estarão comigo além da Universidade.

As amigas Paula Falcão e Jaqueline Moura, agradeço o apoio de vocês, mesmo distante, cada uma com sua particularidade sempre me apoiaram, quero ser eterna aprendiz com vocês.

À minha Orientadora Socorro Pontos, por não desistir de mim, mesmo com as dificuldades encontradas, não me negou sua ajuda.

Aos professores e à nossa Universidade Estadual da Paraíba que, mesmo com a atual conjuntura política e econômica que estamos enfrentando, continua firme, resistindo.

Ao Hospital de Trauma por abrir as portas do Campo de Estágio, à Coordenadora do Setor de Serviço Social Cecília de Lourdes, que também foi minha Supervisora de Campo, todo meu agradecimento.

À minha Supervisora de Campo, Cecilia de Lourdes Florêncio Aragão, o meu muito obrigada por sua contribuição durante meu estágio, minha eterna gratidão.

Aos Assistentes Sociais, pelo acolhimento no campo de estágio, em especial a Gil, Jane e Aldilene, por contribuírem com seus conhecimentos e experiências, e assim somar junto ao meu aprendizado.

Agradeço de forma singela e especial à minha banca examinadora nas pessoas das Professoras Patrícia Crispim e Thereza Karla, por estarem comigo neste momento tão especial.

E, por fim, agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para meu crescimento pessoal.