



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS- CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL- DSS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIA HELENA LIMA COSTA

**A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA
JUNTO AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO NO MUNICÍPIO
DE CAMPINA GRANDE-PB**

CAMPINA GRANDE- PB

2020

MARIA HELENA LIMA COSTA

**A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA
JUNTO AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO NO MUNICÍPIO
DE CAMPINA GRANDE-PB**

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

Orientador: Profa. Me. Maria do Socorro Pontes Souza.

CAMPINA GRANDE-PB

2020

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.

C838i Costa, Maria Helena Lima.

A inserção do serviço social na saúde [manuscrito] : um relato de experiência junto ao Hospital Universitário Alcides Carneiro no município de Campina Grande-PB / Maria Helena Lima Costa. - 2020.

37 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas , 2020.

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

1. Política de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde (SUS). 3. Serviço Social . I. Título

21. ed. CDD 362.1

MARIA HELENA LIMA COSTA

A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA
JUNTO AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO NO MUNICÍPIO DE
CAMPINA GRANDE-PB

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado a/ao Departamento do Curso
de Serviço Social da Universidade
Estadual da Paraíba, como requisito
parcial à obtenção do título de bacharela
em Serviço Social

Aprovada em: 04/12/2020.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Me. Maria Socorro Pontes Souza (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Me. Sandra Amélia S. Silveira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Me. Thereza Karla de Souza Melo
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aos meus Pais e a minha irmã, pela dedicação, esforço e apoio em todos os momentos, DEDICO.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AS	Assistente Social
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPES	Centro de Atenção Psicossocial
CDMEX	Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcional
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DRU	Desvinculação de Recurso da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
IAPC	Instituto de Pensões e Aposentadorias dos Comerciantes
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
INPASE	Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis.
HRAC	Hospital Regional Alcides Carneiro
HU	Hospital Universitário
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MDB	Movimento Democrático Brasileiro

MP	Medida Provisória
MRSB	Movimento de Reforma Sanitária Brasileira
OPNES	Organizações Públicas Não Estatais
OS	Organizações Sociais
PDRE	O Plano Diretor do Aparelho do Estado
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PIB	Produto Interno Bruto
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPP	Parceria Público Privado
PT	Partido dos Trabalhadores
RBS	Reforma Brasileira Sanitária
RCL	Receita Corrente Líquida
REHUF	Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SAS	Secretária de Atenção à Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TFD	Tratamento Fora Domicílio
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	10
2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DOS ANOS 1980: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA.....	11
3. O SERVIÇO SOCIAL E SUA INTERLOCUÇÃO COM A POLÍTICA DE SAÚDE.....	20
4. A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: Algumas Considerações.....	23
5.A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL JUNTO AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO- HUAC.....	28
5.1 O lócus da Experiência	28
5.2 O Serviço Social no Hospital Universitário Alcides Carneiro- HUAC	30
5.3 Relato da Experiência de Estágio Obrigatório em Serviço Social junto ao HUAC.....	32
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
7. REFERÊNCIAS.....	35

A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA JUNTO AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB

THE INSERTION OF SERVICE SOCIAL AT HEALTH: A REPORT EXPERIENCE NEXT TO HOSPITAL UNIVERSITY ALCIDES CARNEIRO IN THE MUNICIPALITY IN CAMPINA GRANDE-PB

Maria Helena Lima Costa¹

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado em forma de artigo tem como objetivo apresentar a sistematização das ações realizadas durante o Estágio Obrigatório em Serviço Social, no período compreendido entre Agosto de 2018 a Março de 2020, no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), localizado no Município de Campina Grande- PB. Para a elaboração deste artigo, fizemos uso da pesquisa bibliográfica e documental, através de livros e artigos científicos voltadas a temática aqui abordada e dos registros realizados em diário de campo sobre a experiência vivenciada no período do Estágio Obrigatório em Serviço Social. A inserção em campo de estágio, nos fez despertar para a importância de realizar ações que pudessem contribuir para o esclarecimento dos usuários internos nas enfermarias da ala pediátrica e seus acompanhantes, acerca do trabalho do assistente social na saúde e particularmente no Hospital Universitário Alcides Carneiro. Para tanto, elaboramos e executamos um projeto de intervenção com uma metodologia participativa utilizando as salas de espera, por acreditarmos que tais ações poderiam contribuir para socialização e democratização de informações acerca da atuação do Assistente Social na saúde. A inserção em campo de estágio nos possibilitou apreender que, apesar dos estereótipos sobre a profissão que estão presentes no senso comum dos usuários com os quais tivemos contato durante as ações de intervenção, estes possuem a percepção que o assistente social trabalha na viabilização dos seus direitos. Por fim, a vivência no estágio evidenciou, ainda, que a atuação socioeducativa do Assistente Social, respaldada no projeto ético-político da profissão e nos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, contribui de maneira significativa para fortalecer a efetivação dos direitos dos usuários, para além dos espaços hospitalares.

Palavras-Chave: Política de Saúde. Sistema Único de Saúde. Serviço Social

ABSTRACT

This work Course Completion (TCC) presented in form of article, Has as aim to presente systematization of actions carried out during the phase internship in Service Social , in the period understood between August in 2018 the March 2020, at the Hospital University Alcides Carneiro (HUAC), located in County from Campina Grande- PB. For the elaboration of this article, usage definition of research bibliographic and documentary, through books and scientific articles aimed at

¹ Graduanda em Serviço Social pelo DSS da UEPB, Campus I em Campina Grande- PB
E-mail: mh.lc@hotmail.com

thematic addressed here and the records made in the field diary about the experience experienced in the period Mandatory Internship in Social Work. Insertion in the internship field, made us awakening for the importance of accomplish actions that could contribute to enlightenment internal users in the wards pediatric ward and yours companions, about the work of social worker in health and particularly at Hospital University Alcides Carneiro. Therefore, we elaborate and we execute an project intervention with one methodology participatory using the waiting rooms, because we believe what such actions could contribute to socialization and democratization of information about of performance of the Social Worker in health. The insertion in internship field enabled us apprehend what, despite stereotypes about the profession they are gift in common sense of users with which we had contact during the actions intervention, these have the perception that the social worker work in enabling their rights. Lastly, the experience in internship evidenced, still, that acting socio-educational of the Social Worker, endorsed by ethical-political project profession and principles guiding the System Unic Health, contributes in a way significant to strengthen the effectiveness of rights of users, beyond hospital spaces.

Keywords: Politics of health. System Single of health. Service Social

1 INTRODUÇÃO

O Presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo, apresentar o relato da experiência vivenciada no Estágio Obrigatório em Serviço Social, no período de agosto de 2018 a março de 2020 no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), localizado no município de Campina Grande- PB.

A área da saúde se caracteriza historicamente, como um dos setores de maior inserção dos/as assistentes sociais no país, mostrando-se como terreno fértil para intervenção profissional, tendo uma prática voltada para os determinantes sociais do processo saúde-doença. É importante mencionar que a riqueza do arsenal teórico-metodológico acumulado historicamente pela profissão, e sua interface com a área da saúde, possibilitam para o Serviço Social importante contribuição em tal política, considerando sua centralidade no trabalho coletivo em saúde.

No entanto, durante nossa inserção em Campo de Estágio Obrigatório em serviço social, junto ao Hospital Universitário Alcides Carneiro, foi possível identificar a partir do contato com os/as usuários/as, os estereótipos sobre a profissão que ainda estão presentes no senso comum, além do desconhecimento acerca do trabalho dos/as assistentes sociais no contexto hospitalar. Em vista disso, elaboramos um projeto de intervenção objetivando contribuir com a socialização de informações junto aos usuários internos nas enfermarias da ala pediátrica e seus acompanhantes, acerca do trabalho do assistente social na saúde e particularmente no HUAC. Para tanto desenvolvemos algumas ações pautadas numa metodologia participativa, utilizando as salas de espera, exposição dialogada e a entrega de panfletos informativos como material didático de apoio.

Para elaboração deste artigo fizemos o uso da pesquisa bibliográfica documental, através de livros e artigos científicos voltada para a temática aqui abordada, e dos registros realizados em diário de campo durante o período do estágio obrigatório em Serviço Social. O trabalho ora apresentado traz 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 Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

O artigo se encontra estruturado da seguinte forma: No primeiro item abordamos uma breve contextualização da Política de Saúde desde os anos 1980 até os dias atuais. No segundo item, discorremos sobre o Serviço Social e a sua interlocução com a Política de Saúde, relatando a trajetória e inserção da profissão nesta área. No tópico seguinte, abordamos a atuação do Assistente Social no âmbito hospitalar. No quinto item trazemos a experiência de estágio vivenciada no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), relatando a experiência de estágio junto ao HUAC. Por fim, apresentamos as considerações finais do trabalho e a referências que auxiliaram na fundamentação para a construção do mesmo.

2 A POLITICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DOS ANOS 1980: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

Na década de 1980, a sociedade brasileira é marcada por um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentando ao mesmo tempo uma conjuntura de crise interna e externa, permeada pela dificuldade na formulação de políticas econômicas, pelo aprofundamento da dívida externa, pela disparidade na distribuição de renda e pela explosão de juros e taxas inflacionárias. Segundo Borlini (2010), esse cenário cria espaço para a instauração do neoliberalismo, que teve sua ascensão a partir da década de 1990. Behring (2003) reafirma que, em tal contexto, o neoliberalismo “encontra o solo fértil” na economia do País.

Cabe mencionar que o período de redemocratização do país, nos anos 1980, foi palco de intensas mobilizações populares, em protesto contra a suspensão dos direitos civis e o aprofundamento da desigualdade econômica e social posta pelo estado autoritário e antidemocrático vigente. As mobilizações trouxeram à tona novos sujeitos políticos, trazendo dentre as bandeiras de luta, a garantia do acesso aos direitos sociais, promoção da cidadania e da emancipação humana, a politização da questão saúde, assim como a ampliação dos espaços de atuação coletiva democrática e de controle social.

Conforme destaca Bravo (2009), a saúde, nesse contexto, deixou de ser interesse apenas dos técnicos ocorrendo uma politização do setor. Dos sujeitos que entraram em cena, destacam-se aqueles que constituíram o chamado movimento sanitário: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades; os partidos políticos de oposição, os movimentos sociais em articulação com a sociedade civil, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde. Vale enfatizar que o (MRS)² contava com o apoio não só dos profissionais de saúde, mas também da sociedade civil. Conforme afirma Bravo (2009, p.96):

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e

² “O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população” (FIOCRUZ, 2020) “[...] Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde”. (BRAVO, 2009, p.101)

dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de 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.

O MRS teve importante participação na 8^o Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, na cidade de Brasília no Distrito Federal, que contou com mais de quatro mil pessoas, dentre elas, delegados, profissionais de saúde, entidades como sindicatos e centrais sindicais, associações profissionais e culturais, partidos políticos progressistas, movimentos populares, associações de usuários, entre outros. Um evento marcante e que tinha como principal objetivo debater o direito à saúde pública e de qualidade. “A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária” (BRAVO, 2009, p.96).

Assim, a partir da realização de tal Conferência, apesar da grande pressão do setor privado e de representações políticas conservadoras, foi possível formular um documento onde se privilegiou grande parte das reivindicações formuladas pelos movimentos sociais e entidades da saúde. O relatório final elaborado na Conferência inspirou o capítulo “Saúde” da Constituição Federal 1988 e, posteriormente, nas leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90), que permitiram a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). É importante mencionar que, apesar de não ocorrer o atendimento total das proposições defendidas pelo Movimento Sanitário, devido as pressões do bloco privatista, entretanto, temos importantes avanços no setor saúde. Dentre os quais Bravo (2009, p.96) destaca:

O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Apesar da Constituição ter inaugurado uma nova fase de democratização das ações do estado brasileiro, as conquistas alcançadas passam a sofrer, a partir da década de 1990, grande ataque por parte do capital através do ideário neoliberal, ocasionando o desmonte dos direitos sociais que foram garantidos constitucionalmente, sobretudo na saúde.

Conforme destacam Braz e Netto (2007), o receituário neoliberal para o Brasil, como para toda a América Latina, vem se dando no sentido de submeter os seus países aos rigorosos ajustes econômicos impostos pelas agências financiadoras internacionais: Banco Mundial, Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), Fundo Monetário Internacional (FMI), entre outras. As estratégias priorizadas pelos governos neoliberais vêm se dando através da redução

da ação Estatal, privatização do mercado e redução dos gastos públicos especificamente na área social. Nessa perspectiva, Bravo (2009, p.100) ressalta que:

A proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir custos.

A partir de um discurso de crise fiscal do Estado se propõe um conjunto de medidas reformistas, que segundo Behring (2003), trata-se de um processo de (*contra*)reforma, já que a palavra reforma é apropriada às ações de contestação à hegemonia do capital, na intenção de ampliar o espaço democrático, na garantia de direitos e redução das desigualdades.

Vale enfatizar que a perspectiva contrarreformista ganha visibilidade no país, no governo de Fernando Collor, que iniciou os debates buscando estabelecer medidas neoliberais, mas apenas no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), que toma posse em 1994, adotando uma agenda de reformas, em meio a um cenário econômico de crise da dívida externa, desemprego e crise estrutural do capital, é que, efetivamente, o projeto contrarreformista, ganha organicidade.

Em tal conjuntura, é criado o Ministério da Administração e Reforma do Estado – (MARE), tendo como titular o Luiz Carlos Bresser Pereira, que instituiu o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE). O Plano Diretor³ afirma haver um esgotamento estatal e a necessidade de superar o estilo de administração pública burocrática, desta forma “o estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas”. (BRAVO, 2009, p.100).

Nessa perspectiva, o governo de Fernando Henrique Cardoso aprova a reforma administrativa do estado, “situando a saúde como área não exclusiva do estado”. É possível observar em tal conjuntura ações que impulsionaram a desresponsabilização do Estado na execução do núcleo de serviços sociais e científicos (saúde, educação, meio ambiente e pesquisa), passando a responsabilidade para Organizações Públicas Não Estatais (OPNES) ou Organizações Sociais (OS), através da Lei nº 9.637/1998, para gerência de políticas sociais, englobando a de saúde. Essa medida fez parte do Programa Nacional de Publicização, compondo as Parcerias Público-Privadas (PPP).

Nesse contexto, Soares (2010, p. 46) destaca que a racionalidade instrumental burguesa se reatualiza no processo de contrarreforma do Estado a partir dos princípios do ideário neoliberal, particularizando-se na política de saúde. Para a autora, a contrarreforma do Estado constituiu uma nova racionalidade hegemônica no sistema no qual “os princípios e fundamentos legais do SUS são “refuncionalizados” e adquirem “conteúdos distintos da racionalidade hegemônica no projeto de reforma sanitária”.

Portanto, a disputa entre projetos antagônicos se expressa na saúde através do Projeto de Reforma Sanitária com defesa da democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, equidade, integralidade, tendo como

³ O referido Plano propôs como principal inovação a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo obedecendo as leis do mercado (Bresser Pereira, 1995 apud Soares 2010).

premissa a defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado, e do Projeto Privatista articulado ao mercado, com tendência de racionalização de oferta, focalização e privatização (SOARES, 2010).

Cabe mencionar, de acordo com a referida autora, que nesse contexto, o movimento sanitário dá sinais de perda de organicidade política e como consequência, a concretização do SUS, conforme seu marco legal original para grande parte do movimento sanitário, deixa de ser espaço político estratégico de atendimento dos interesses da classe trabalhadora e de sua organização em torno de um projeto societário alternativo e passa a ser concebida no interior do campo das “possibilidades”, isto é, o “SUS possível”⁴ diante do ajuste neoliberal. No que se refere a essa questão, Paim (2008 Apud SOARES, 2010, p.47) chama atenção para o fato que:

Na realidade, quando um movimento se reduz ao sistema de um Estado patrimonialista e cartorial como o brasileiro, comprometendo o espaço de reserva crítica, só faz reforçar a seletividade estrutural do Estado capitalista. Obviamente que, para um sujeito coletivo que tanto lutou na trincheira legislativo-parlamentar para imprimir na Constituição o direito à saúde, para ver sancionada a Lei Orgânica da Saúde e, nos anos seguintes, para impedir o desmonte desse arcabouço legal pelos governos que apostaram em políticas neoliberais, torna-se compreensível a adoção de um discurso jurídico legalista. Mas esta não parece ser a questão central. O problema maior pode ser o de abrir mão da sua dimensão instituinte, resignando-se com o instituído e reduzindo uma reforma social do porte da RBS (Reforma Sanitária Brasileira) a uma mera questão administrativa de financiamento e gestão.

Vale enfatizar que a política neoliberal abandona princípios de fundamental importância no SUS, com o objetivo de equilibrar o mercado. Nesse sentido, Bravo (2009, p.100-101) destaca:

[...] O desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contrarreforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico.

Na concepção do projeto privatista, se perde o caráter universal da política de saúde, devendo o Estado garantir minimamente os serviços à população, apenas para aqueles “mais pobres”, que não teriam condições de pagar. Portanto, as principais propostas desse projeto, segundo Costa (1997 apud BRAVO, 2009, p.101), são:

[...] 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, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.

Assim com o avanço da perspectiva contrarreformista, há uma flexibilização das proposições do MRSB, ocorrendo uma subordinação da política social à política “macroeconômica”. Nessa perspectiva, cabe destacar a Norma Operacional Básica-NOB de 1996, que, segundo Soares (2010, p.46):

⁴O SUS Possível seria a junção dos objetivos dos dois projetos societários em disputa, legitimados por figuras que anteriormente defendiam o SUS do Projeto de Reforma Sanitária, desse modo, defendem a flexibilização da reforma sanitária, mas nomeiam esse processo como reatualização, modernização ou mesmo como continuidade desta. (SOARES, 2010, p.53)

Contempla em parte alguns princípios da contrarreforma do Estado idealizada pelo MARE e das propostas dos documentos do Banco Mundial: seja pela plena responsabilização dos municípios e pelo estabelecimento de pacotes básicos de serviços de saúde; seja na proposta de um modelo de atenção à saúde em que os municípios superem o papel exclusivo de prestadores de serviços deixando, dessa forma, bem aberta a possibilidade de contratação de serviços privados.

Ocorre, portanto, a partir de tal contexto, o desmonte massivo das políticas sociais a partir do avanço de um processo de privatização, terceirização e sucateamento dos serviços públicos. No que tange à política de saúde, as medidas tinham como objetivo sucatear o SUS e impulsionar a iniciativa privada, considerando que quanto mais o SUS é sucateado, mais cresce o mercado de serviços privados e, não por acaso, na década de 1990, esse mercado se amplia expressivamente⁵; tanto que, em 2000, é criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que passa a ser responsável pela regulação, controle e fiscalização dos serviços de saúde suplementar (SOARES, 2010).

Cabe destacar que, além da ANS, foi criada também, em 1995, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que, de acordo com Borlini (2010), era uma instituição que apresentava elevada autonomia orçamentária e decisória, contribuindo na regulamentação dos agentes privados. Assim, a regulação de setores economicamente estratégicos por agências desvinculadas do controle público convencional atendia os interesses do grande capital.

As eleições presidências de 2002, e a vitória de Luiz Inácio Lula da Silva para a presidência da república, representante e líder do Partido dos Trabalhadores (PT), significou uma esperança para a classe trabalhadora, no que se refere à possibilidade de mudanças nas configurações do Estado, historicamente autoritário e distante dos interesses dos trabalhadores. No tocante ao setor saúde, Soares (2010) destaca que a expectativa era de uma retomada do projeto de reforma sanitária e a efetivação do SUS. Entretanto, as alianças que garantiram a chegada de Lula ao poder, os seus vínculos com o grande capital nacional e internacional, começaram a se explicitar já no seu primeiro mandato.

Assim, apesar da expectativa de fortalecimento do projeto de reforma sanitária, Bravo (2009) chama atenção para o fato que, o governo Lula subordina as políticas sociais à lógica econômica conservadora, adequada ao ajuste e à contrarreforma neoliberal. Pelas ações do Ministério da Saúde, tem-se uma polarização entre o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista, de modo que, segundo Soares (2010, p.52):

[...] são realizadas alterações na sua estrutura organizativa, com a criação das Secretarias de Gestão do Trabalho em Saúde, de Atenção à Saúde e de Gestão Participativa, entre outras; convocação antecipada da 12ª Conferência Nacional de Saúde para discussão e definição das diretrizes do plano plurianual; a participação do Ministro nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde; mas, por outro lado, o subfinanciamento da saúde persiste, sendo, inclusive, no âmbito da seguridade social, o orçamento que mais decresce em número relativos, com sistemáticos desvios de recursos via DRU (Desvinculação de Recursos da União); e a continuidade de uma política que se efetiva de forma focalizada, precarizada, com ênfase na

⁵ Segundo Bahia (2008, Apud SOARES, 2010), em 1987 o mercado de planos privados de saúde de empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas e autogestões tinha cerca de 21,6 milhões de clientes; em 1998, o mercado de planos e seguros já atendia cerca de 25% da população: 32 milhões de pessoas.

Estratégia Saúde na Família e na assistência emergencial, bem como na fragmentação da concepção e do sistema de seguridade social.

Portanto, no governo Lula é possível identificar, particularmente no âmbito da saúde, medidas de continuidade do projeto privatista, e, paradoxalmente, medidas de inovação, a exemplo da escolha de profissionais comprometidos com a luta da Reforma Sanitária, para ocupar cargos no Ministério da Saúde. Contraditoriamente ocorre a permanência de ações de focalização, precarização e terceirização dos recursos humanos, desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de seguridade social (BRAVO, 2009).

Assim, é possível afirmar que o projeto privatista e a flexibilização do SUS histórico, ganham espaço durante o governo Lula. Seu governo caracterizou-se por uma política de conciliação de classes, tal característica também rebateu claramente no enfrentamento da política de saúde, através da refuncionalização dos princípios do SUS, surgindo assim, conforme já mencionado, um novo projeto na saúde denominado “SUS possível,” como forma de flexibilizar as ideias defendidas pela Reforma Sanitária.

Destarte, apesar da continuidade da política neoliberal no governo Lula, podemos destacar algumas conquistas que ocorreram principalmente no seu primeiro governo. Paim (2008 apud SOARES, 2010) destaca melhorias na atenção básica de saúde, com o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, e dos vínculos dos Hospitais Universitários (HU's) com o SUS, a melhoria no controle de programas de doenças infectocontagiosas como a Tuberculose, a manutenção de programas especiais como Tabagismo e o programa de AIDS, entre outros. No entanto, paulatinamente, tais conquistas vão dando lugar às propostas hegemônicas do *SUS possível* e do *projeto privatista*. Tal processo pode ser observado no Pacto pela Saúde, no Plano Mais Saúde e no Projeto das Fundações Estatais de Direito Privado.

Vale enfatizar que o populismo do governo Lula possibilitou a permanência do Partido dos Trabalhadores (PT) na presidência da República, com a eleição de Dilma Vana Rousseff gestão 2011/2016, eleita como a primeira presidenta mulher do regime democrático.

O governo de Dilma é marcado por continuidades do governo anterior, e nessa perspectiva Paim; Reis (2018, p.103-104) afirmam que:

Durante o governo Dilma, o foco foi à redução dos gastos públicos e a manutenção do subfinanciamento, com expansão e fortalecimento do setor privado. Houve crescimento dos planos e seguros privados, incorporação de tecnologias de alto custo, financeirização do setor e continuidade da captura do SUS pelo setor privado.

Na política de saúde, a focalização das ações continua, assim como a redução de recursos para a execução destas. O SUS constitucional continuou não sendo prioridade, o que se fomentou foram as parcerias público/privado, com as discussões e fortalecimento de gestões que apoiavam a articulação da saúde com as Organizações Sociais (OSs), outra medida diz respeito à autorização e criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), através da Lei nº 12.550/11. Fato esse que representou uma grande derrota para os (as) trabalhadores (as) da saúde, pois ampliou e fortaleceu a contratação precarizada e terceirizada dos trabalhadores da saúde, visto que a contratação poderia acontecer via Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), seriam contratos temporários, levando à instabilidade e à rotatividade.

Apesar desses ataques contra o SUS, alguns com a conivência do Executivo, certas iniciativas propostas pelo governo Dilma poderiam ser ressaltadas: 1) Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional; 2) Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; 3) Programa mais médicos⁶; 4) Normas para a redução do número de cesarianas e incentivo ao parto normal; 5) Programa Nacional de Segurança do Paciente; 6) Política Nacional de Atenção Hospitalar; 7) Criação do Sistema de Negociação Permanente do SUS; 8) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança; 9) Política de Educação Permanente em Saúde; 10) Redefinida a Política Nacional de Promoção da Saúde; 11) Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com doenças raras (PAIM; REIS, 2018).

No que se refere aos vários ataques sofridos pelo SUS durante o governo Dilma, cabe mencionar, conforme destacam Paim e Reis (2018, p.106-107):

1) a abertura do setor saúde ao capital estrangeiro; 2) o orçamento impositivo (PEC 358/2013); 3) a PEC 451/2014 propondo planos de saúde privados para todos os trabalhadores, exceto os empregados domésticos; 4) a tentativa de anistia para as multas das operadoras de planos de saúde, por meio da Medida Provisória – MP nº627; 5) o rebaixamento do financiamento da seguridade social; 6) os cortes no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) resultando no fechamento de farmácias da modalidade rede própria; 7) a proposta de perdão de R\$ 2 bilhões para empresas de planos de saúde, entre outros.

Portanto, além dos ataques ao SUS citados acima, o governo Dilma é marcado por tensões na área política, com a presença de manifestações populares, além das manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas que culminaram com o pedido de impeachment, que em seguida resulta na cassação do mandato da presidente, através de um golpe político. Conforme destacam Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) tais fatos desnudaram as fragilidades da democracia burguesa e o esgotamento da política de conciliação de classe. Em seu lugar assume, de maneira ilegítima, Michel Temer, representando os setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade brasileira, dando continuidade ao processo de contrarreformas.

Os citados autores ressaltam que o governo ilegítimo de Temer se trata de uma restauração conservadora de um projeto político ultraneoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional. A partir desse governo será realizado, de forma ainda mais explícita, ataques ao SUS e retiradas de direitos da população. Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018, p.13) chamam atenção para a elaboração de três documentos pelo PMDB (atual MDB), *Agenda Brasil, Uma Ponte para o Futuro e Travessia Social*, “que 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”. Nesse âmbito, destaca-se aqui o documento *Agenda Brasil* que, segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018, p.6):

Com relação à saúde, explicita as seguintes propostas: impedir o pagamento pelo SUS de tratamentos experimentais, sob o argumento de evitar a judicialização da saúde; maior desvinculação de Receitas da União;

⁶ A Criação do Programa mais médicos ocorreu em resposta ao Movimento Jornadas de Junho, que teve início em São Paulo e a princípio defendia a redução do preço da passagem de ônibus, logo após teve outras pautas incorporadas e ganhou adesão no país inteiro. (PAIM; REIS, 2018)

e introdução do copagamento no SUS, ou seja, começar a cobrar por consulta, exames e outros procedimentos dentro do sistema público de saúde, de acordo com a renda do cidadão. Esta última proposta foi deixada de lado pelo governo após grande repercussão negativa entre diversos movimentos sociais que lutam em defesa do SUS, apesar de poder retornar a qualquer momento.

Assim, é possível identificar no governo de Michael Temer, o avanço das propostas de contrarreforma, assim como o aceleração do processo de privatização e desmonte da política de saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, principalmente com a aprovação da chamada “PEC da morte”, através da Emenda Constitucional 95/2016, a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, com medidas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), enfim, a propagação do discurso da redução do SUS é presente durante todo governo, e reafirmado pelo Ministro da Saúde.

Em relação à EC 95/2016, Mendes (2017, p.5) ressalta que em tal governo:

Nos deparamos com uma das maiores medidas de austeridade defendida pelos arautos do capital financeiro, correspondendo ao *tacão de ferro* no histórico subfinanciamento do SUS: a EC 95/2016. Esta impõe à saúde pública sua desestruturação e privatização crescente. Essa EC 95 revogou o escalonamento previsto na EC 86, passando a incidir o *teto* para a saúde, em 2017, 15% da RCL. Mesmo assim, os prejuízos acumulados para os próximos 20 anos para o SUS seriam de cerca de R\$ 415 bilhões, considerando um crescimento do PIB de 2% ao ano (média mundial) e uma projeção do IPCA de 4,5%. Num cenário retrospectivo, entre 2003 a 2015, essa perda seria R\$ 135 bilhões, a preços médios de 2015, diminuindo os recursos federais do SUS de 1,7% do PIB para 1,1%, de acordo com dados do Grupo Técnico Institucional de Discussão do Financiamento do SUS (2016).

Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018, p.16), afirmam que é característica do governo Temer “[...] articulação efetiva com o setor empresarial de saúde.” O documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, divulgado em 2017, elaborado pelo Instituto Coalizão Brasil, objetiva construir um novo sistema de saúde para o Brasil e defende a tese de que os setores públicos e privados precisam construir uma rede integrada de cuidados contínuos, a qual pressupõe maior participação da iniciativa privada na gestão dos serviços.

Portanto, podemos afirmar que o governo de Michel Temer, além de dar continuidade às contrarreformas na saúde, iniciadas desde a década de 1990, aprofunda a retirada de direitos, com a diminuição da política de saúde universal e gratuita, avançando no Projeto de saúde privada, antagônico ao Projeto de Reforma Sanitária e aos princípios fundamentais do SUS.

As eleições de 2018 trouxeram a volta do moralismo e a efervescência do patriotismo, com a eleição do atual Presidente Jair Messias Bolsonaro, que se elege a partir do discurso de amor à pátria. Sua campanha foi reduzida à internet, a partir de um discurso fortemente conservador, e de aprofundamento de uma política ultraneoliberal e pró-capital iniciada por Temer, tendo em vista que desde o seu programa de governo, o então candidato já explicitava uma concepção de saúde médico centrada, defendia uma política econômica neoliberal ortodoxa, expressava a sua concepção de que a política de saúde brasileira tem recursos em abundância e que, portanto, “não seria necessário um aporte maior de financiamento, além de defender uma estratégia de remuneração de procedimentos assistenciais de saúde

equivalente a utilizada no antigo INAMPS, objeto de inúmeros questionamentos e fraudes”. (SOARES, 2019, p.5).

O governo Bolsonaro intensifica a proposta neoliberal implantada desde a década de 1990, e os retrocessos instaurados no país no que tange à política de saúde, nos permitindo vislumbrar o retorno ao estado de responsabilização do indivíduo pelo seu processo saúde-doença.

É importante enfatizar que a saúde foi pauta de discurso para o atual Ministro da economia Paulo Guedes, que defende a criação de voucher saúde, com o intuito de retirar a responsabilidade do estado com essa política e fortalecer a iniciativa privada, ferindo os princípios do SUS e contribuindo para o desmonte deles. Ou seja, “[...] O estado fica desobrigado de ter estrutura pública para os tipos de atendimentos comprados no setor privado. (BRAVO; PELAEZ, 2020, p. 16)

As referidas autoras, fazendo um balanço das medidas contrarreformistas na política de saúde, implementadas pelo governo Bolsonaro, destacam que o Ministério da Saúde passou por mudanças na sua estrutura, sendo criadas duas Secretarias: a de Atenção Primária à Saúde e a da Tecnologia da Informação, além da extinção da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Já a Secretaria de Atenção à Saúde foi reformulada, priorizando a especialização e a criação de um Departamento de Certificação e Articulação com Hospitais Filantrópicos e Privados, estabelecendo a contratualização com o setor privado. Também foi reestruturado o Departamento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), AIDS e Hepatites virais, que passou a se chamar, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, ou seja, integrando o departamento de doenças como hanseníase e tuberculose. As referidas autoras chamam atenção para o fato que tal junção vem sendo criticada por entidades ligadas à luta no âmbito das ISTs, que temem retrocessos ou perda de espaço da estratégia brasileira contra o HIV/AIDS, que é referência mundial, e destacam que não houve diálogo com os movimentos sociais.

Ainda no que se refere às medidas contrarreformistas do governo Bolsonaro, as referidas autoras destacam também a reformulação do Programa Mais Médicos, com o discurso de torná-lo “mais técnico e menos político”, além da Nota técnica nº 11/2019, da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. (BRAVO; PELAEZ, 2020, p.201)

Tal documento reacendeu debates e preocupações em torno desta política, por dois motivos principais: 1. Reduzir a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e fortalecer as “comunidades terapêuticas”, que pouco têm de comunidade e menos ainda de terapêutica, se configurando como espaço de violações de direitos e pouquíssimos resultados; 2. Liberar a compra de aparelhos de choque elétrico e fortalecer os manicômios, desconsiderando o referencial da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial.

Cabe mencionar ainda a postura negacionista do Governo Bolsonaro, frente à Pandemia do Coronavírus em 2020, subestimando a gravidade da doença e deixando a cargo dos estados e municípios os planos de ação para seu enfrentamento. Vale ressaltar ainda, que os recursos destinados ao enfrentamento da Pandemia, tem sido gerido, em vários municípios, pela iniciativa privada através de OSs, como é o caso dos hospitais de campanha.

Além disso, é importante destacar as trocas de ministros que ocorreram no contexto de avanço da pandemia, havendo a substituição de Luiz Henrique Mandetta, por Nelson Teich, que posteriormente foi sucedido pelo atual ministro

Eduardo Pazuello, com formação militar. O que se observa no atual contexto, é uma militarização do ministério da saúde, se tendo à frente de tal pasta, um ministro sem nenhuma qualificação na área, num momento tão grave para a saúde pública no País.

É importante enfatizar, no que se refere especificamente aos retrocessos que vêm ocorrendo no campo da saúde, que os assistentes sociais tendem à resistência no processo de aprofundamento da contrarreforma, considerando a interlocução histórica com tal política, e o próprio projeto profissional crítico, conforme discutiremos a seguir.

3 O SERVIÇO SOCIAL E SUA INTERLOCUÇÃO COM A POLÍTICA DE SAÚDE

Apreender a prática profissional do serviço social no campo da saúde implica reconhecer que a profissão é socialmente determinada pelas contradições gestadas no contexto da sociedade capitalista e no processo de produção e reprodução das relações sociais. De acordo com Yazbek (2009), o serviço social brasileiro se institucionaliza e se legitima como um dos recursos mobilizados pelo Estado e pelo empresariado, com o suporte da igreja católica, para o enfrentamento e regulação da questão social ⁷no contexto dos anos 1930, no momento em que as condições degradantes da classe trabalhadora adquirem expressão política.

Nessa perspectiva, Yamamoto; Carvalho (2011) ao analisarem o significado da prática profissional, ressaltam que a sua inserção na sociedade, a partir da sua institucionalização e legitimação, se dá com o redirecionamento do papel do Estado, que passa em meados dos anos 30/40 a intervir diretamente na economia, através da implementação de políticas, serviços e programas como forma de controlar e amenizar as manifestações da questão social.

Bravo e Matos (2009, p.198) ressaltam que a “expansão do Serviço Social no país, entretanto, ocorre a partir de 1945, relacionada com as exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças que ocorreram no panorama internacional, em função do término da 2ª Guerra Mundial”. Nesta década, a ação profissional na saúde também se amplia, transformando-se em um dos setores que historicamente mais vem absorvendo os assistentes sociais.

Os referidos autores destacam ainda que, além das condições gerais que determinaram a ampliação profissional nesta conjuntura, o “novo” conceito de saúde instaurado a partir de 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles os assistentes sociais. Para tanto, o espaço que mais abrangeu os assistentes sociais foram os hospitais. Segundo Bravo e Matos (2009), a tarefa desse profissional era situada no caráter educativo com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, apresentando como eixo central de sua atividade a dimensão individual, ou seja, o indivíduo/cliente seria o responsável pelo seu tratamento, dessa forma, culpabilizava o próprio indivíduo pelos problemas, que seria fruto do seu comportamento.

Outro fator importante para a inserção do Serviço Social na saúde foi a consolidação da Política Nacional de Saúde com ampliação dos gastos com a assistência médica, pela previdência social. Os citados autores ressaltam que:

⁷ “A *questão social* se refere às expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, além da caridade e repressão.” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 77)

Esta assistência, por não ser universal, gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. O assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária (2009, p.199)

De acordo com Bravo (2007), o fato do serviço social não ter privilegiado a saúde coletiva como espaço de intervenção profissional se refletiu em uma atuação limitada a ações burocráticas e focalistas a partir de uma perspectiva de cunho psicossocial junto a pacientes e familiares, desenvolvendo seu exercício profissional de forma subsidiária, subordinada à prática médica, sem questionamentos. Esses fatores concorreram para a falta de cooperação desses profissionais com o movimento de reforma sanitária que ganha expressão na década de 1970.

Vale enfatizar que esse distanciamento da categoria profissional de tal movimento, ocorreu em virtude da profissão estar vivendo nesse período um processo de revisão interna que se expressa no movimento de Reconceituação na América Latina, que, de acordo com Netto (2009), emerge dentro de um quadro de mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais, decorrentes das novas configurações do capitalismo mundial.

No Brasil, o processo de renovação do Serviço Social desenvolve-se no cenário político em que o país vivenciava a Ditadura Militar, apresentando três direções: A perspectiva modernizadora, reatualização do conservadorismo e intenção de ruptura, esta última representou para a profissão um salto qualitativo, principalmente com a aproximação do marxismo, que trouxe avanços tanto no campo teórico, como numa atuação profissional guiada por uma perspectiva da totalidade numa visão crítica dialética, desse modo, as mudanças no Serviço Social rebatem significativamente no amadurecimento teórico-metodológico da profissão.

Bravo (2007) chama atenção para o fato que, no campo da saúde, o serviço social foi norteador durante muitos anos pela perspectiva modernizadora, que, de acordo com Netto (2009), expressou a primeira vertente da renovação do serviço social no Brasil, que teve como núcleo central a tematização do serviço social como interveniente, dinamizador e integrador do processo de desenvolvimento da autocracia burguesa.

O Serviço Social na saúde vai receber as influências da perspectiva modernizadora, que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária – maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. Foi utilizada uma terminologia mais sofisticada e coerente com o modelo político-econômico implantado no país (BRAVO, 2007).

A década de 1980 representa o início da maturidade intelectual e política do serviço social no país com a tendência de intenção de ruptura e, com isso, a interlocução real com a tradição marxista. No entanto, os profissionais desta vertente se inserem, na sua maioria, nas Universidades, onde dentro do processo de renovação da profissão, pouco efetivamente intervêm nos serviços. (BRAVO, 2007). O Serviço Social cresceu na busca de uma fundamentação e consolidação teórica, poucas mudanças conseguem apresentar na intervenção.

De acordo com a referida autora, existiu uma distância entre os referenciais teóricos e as possibilidades de intervenção dos assistentes sociais, havendo

dificuldades em ultrapassar os limites da prática cotidiana. Este fato rebate na atuação do Serviço Social na área da saúde – um dos maiores espaços sócio ocupacionais dos assistentes sociais.

Vale enfatizar que tal período também sinaliza a consolidação do projeto ético-político do serviço social, que encontra terreno fértil no momento de redemocratização do país, apresentando dimensões políticas e priorizando os interesses da classe trabalhadora, tem na sua base o enfretamento e a denúncia ao conservadorismo profissional, e como núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central. Tal projeto se expressa no Código de Ética de 1993, na Lei que Regulamenta a Profissão (Lei nº8.662/90) e nas Diretrizes Curriculares de 1996. É importante mencionar a nítida relação entre o projeto ético político do serviço social com o projeto da reforma sanitária, principalmente a partir dos seus aportes teóricos e seus princípios.

O serviço social na área da saúde no contexto dos anos 1990, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), ganha um amplo espaço de atuação em diversas instituições, de modo que, se vê tencionado por dois projetos distintos em disputa e que exigem requisições distintas da profissão, conforme destacam Bravo; Matos (2009, p.203):

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular.

O embate entre esses projetos tem provocado barreiras para a efetivação dos princípios do SUS, bem como trazendo rebatimentos nas práticas profissionais, no cotidiano das instituições, e nas demandas que são postas no cotidiano da prática dos/as assistentes sociais. Na atual fase da contrarreforma, conforme destaca Soares (2019, p. 06), “o desmonte da política de saúde e seus desdobramentos em termos de superprecarização, intensa privatização e desconstrução do ideário do direito público vêm colocando ao Serviço Social, na saúde, velhos e novos desafios”.

A referida autora chama atenção para o fato que, no espaço da saúde pública, cada vez mais crescem as demandas relacionadas à seletividade das práticas institucionais, relacionadas também ao estímulo à colaboração do usuário no que se refere, inclusive, à operação dele para a desoneração do sistema. Portanto, “na cultura institucional presente nos mais diversos serviços de saúde estimula-se cada vez mais uma racionalidade que justifica toda a violação ou restrição do direito à saúde em nome da crise do Estado brasileiro e da necessidade do ajuste fiscal” idem (p.6).

Soares (2017, p.125) menciona ainda que outro importante impacto desse processo nos diversos espaços sociais tem sido a forte influência da cultura neoconservadora, inclusive na saúde:

[...] a política de saúde foi o campo onde mais avançamos em termos de conquistas legais e políticas, com o movimento sanitário e o próprio projeto de reforma sanitária. No entanto, (contraditoriamente), [...] os serviços de saúde, dada a sua trajetória de hegemonia do controle médico e do pensamento conservador, se presta facilmente para práticas pragmáticas que

retificam a responsabilização dos sujeitos. Assim, a ascensão cada vez maior do conservadorismo na saúde tende a requisitar que os assistentes sociais atuem cada vez mais sobre a doença e os indivíduos, precisamente sobre as mudanças comportamentais.

A citada autora destaca ainda no que se refere aos impactos da contrarreforma e seus desdobramentos para o serviço social no campo da saúde, a ampliação restrita do sistema de saúde, onde ao mesmo tempo e contraditoriamente, “aumenta o número de serviços, de profissionais e procedimentos sem dar conta da complexidade das necessidades sociais da população usuária – seja em termos qualitativos ou quantitativos – afirmando e negando direitos” (SOARES, 2017, p.126), além de possibilitar que o crescimento de vínculos de assistentes sociais na saúde pública ocorra também de forma restrita.

De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de agosto de 2005 a julho de 2016, houve uma ampliação de vínculos de assistentes sociais na saúde da ordem de 90%, de 18.142 para 34.465 num período de 11 anos. Porém, em abril de 2018, o CNES informa 36.888 vínculos de assistentes sociais em estabelecimentos de saúde, representando um crescimento entre julho de 2016 para abril de 2018 da ordem de 7%, o que é proporcionalmente abaixo do ritmo de crescimento anterior. (BRASIL, 2018, apud SOARES, 2019)

Tais dados revelam o crescimento de vínculos de assistentes sociais na saúde pública de forma restrita, além de uma crescente demanda por esses profissionais relacionada às contradições e conflitos da estruturação do SUS, mas que também extrapola a política de saúde.

No próximo item, buscaremos construir algumas considerações sobre a atuação do serviço social no âmbito hospitalar, buscando dar ênfase aos limites e possibilidades da atuação profissional em tal espaço.

4 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Antes de iniciarmos as considerações sobre a questão central que aqui nos propomos realizar, entendemos ser relevante tecer algumas reflexões acerca da organização do Sistema Único de Saúde no Brasil. Conforme regulamenta a lei 8080/90, o SUS organiza seus serviços em três níveis de complexidades, sendo eles: Atenção Básica, Atenção Média e Atenção de Alta Complexidade. No que se refere à Atenção Básica, esta compreende a porta de entrada de atendimento aos usuários do SUS, tendo a Estratégia Saúde da Família como pilar de suas ações. conforme destaca Brasil (2007, p.16):

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Cabe enfatizar ainda, de acordo com Brasil (2007, p.16), que em tal espaço ocorre:

O contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da

responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (...). A atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

Ainda de acordo com Brasil (2007, p.17), no que diz respeito à média complexidade, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) define que:

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

No que concerne à alta complexidade, esta é formada por hospitais que desenvolvem atendimento especializado, utilizando-se de materiais específicos e de alto custo. Possui como objetivo reforçar serviços de qualidade aos usuários, a exemplo disso temos os hospitais universitários, estaduais, municipais e os filantrópicos. (BRASIL, 2007). Portanto, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997, p.9):

O hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar a população assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regime de atendimento, inclusive domiciliar e cujos serviços irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a eles vinculados tecnicamente.

Costa (2012, p.22), utilizando as contribuições de Neto, Barbosa e Santos (2008) ressalta que os hospitais seguem a seguinte classificação:

I - O porte do estabelecimento, resultando em hospital de pequeno porte: capacidade de até 50 leitos; hospital de médio porte: capacidade de 51 a 150 leitos; hospital de grande porte: capacidade de 151 a 500 leitos; hospital de capacidade extra: capacidade acima de 500 leitos. II - O perfil assistencial dos estabelecimentos: por exemplo, hospital de clínicas básicas, hospital geral, hospital especializado, hospital universitário e de ensino e pesquisa. III - o nível de complexidade das atividades prestadas pela unidade hospitalar: hospital de nível secundário, de nível terciário ou quaternário. IV - O papel do estabelecimento na rede de serviços de saúde: hospital local, regional, de referência estadual ou nacional.

Portanto, apesar dos diferentes portes de estabelecimentos, os hospitais são caracterizados pela prestação de cuidados com os pacientes internados, sendo necessário atendimento durante 24 horas do dia, atividade que é peculiar à hospitalização, deste modo, é uma atividade específica desse ambiente, o que lhe traz uma identidade própria, “ou seja, o que nos permite nomear uma organização como um hospital é a oferta, por parte desta instituição, de serviços de assistência à saúde em regime de internação.” (MELLO, 2012, p.27)

É importante enfatizar que os hospitais são instituições consolidadas ao longo da história. Entretanto, no Brasil, a implantação dos hospitais ocorreu a partir de 1540, com a instauração do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Olinda, que foi inaugurado junto com a Igreja de Nossa Senhora da Luz, porém, seu funcionamento limitou-se até o ano de 1630. Entretanto, em 1543, temos a fundação da Santa Casa de Santos, fundada por Brás Cubas, que posteriormente será

nomeada de Santa Casa de Misericórdia de Santos, sendo o hospital brasileiro mais antigo em funcionamento. (BRASIL, 1997)

Cabe ressaltar que a expansão do modelo médico-hospitalocêntrico no Brasil, ocorre a partir da unificação da assistência médico-previdenciária com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), no ano de 1960 (COSTA, 2012). Concordamos com Mello (2012) quando este afirma que os hospitais sofrem transformações, e respondem a diversas finalidades sociais, que variam de acordo com cada momento histórico, de modo que, “o trabalho em saúde se organiza para suprir necessidades econômicas, sociais ou políticas da sociedade” (p.26)

No que se refere à inserção do serviço social em contextos hospitalares, segundo Miranda (2011), a partir de 1940 teremos registros da inserção dos assistentes sociais em tal espaço, na Policlínica de Botafogo, localizada no Rio de Janeiro, seguido pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, localizado na capital paulista, no ano de 1942. É importante ressaltar que nesse mesmo ano ocorre a inserção do serviço social na previdência social através do Instituto de Pensões e Aposentadorias dos Comerciantes (IAPC).

Cabe ressaltar que a intervenção dos assistentes sociais junto aos departamentos médicos, hospitais e ambulatórios tinha como foco “os aspectos sociais e morais da doença, na educação social quantos aos princípios básicos de higiene e puericultura e, principalmente, na readaptação a vida familiar e reintegração à produção” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p.313).

As transformações que ocorreram nas últimas décadas na política de saúde, como também o processo de renovação da profissão, vêm se refletindo em mudanças tanto no nível institucional do atendimento, como também nas requisições e respostas às demandas dadas pelos profissionais. Sua intervenção particularmente em contextos hospitalares tem se materializado através de programas, projetos e principalmente nos plantões, traduzindo suas atividades em ações socioassistenciais de caráter emergencial (VASCONCELOS, 2009).

Vale ressaltar que na maioria das vezes, as demandas ocorrem de forma espontânea, necessitando serem respondidas de maneira imediata, o que leva, em algumas situações a falta de teor crítico, devido à imediatividade do cotidiano. Vasconcelos (2009), refletindo acerca de tal questão, destaca que particularmente “o plantão não se constitui num serviço ou atividade pensada, planejada, organizada, reduzindo-se a ações isoladas desenvolvidas pelo assistente social para resolver o problema do usuário” (p.247). Assim sendo, profissionais que se limitam apenas em responder demandas imediatas, acabam por reproduzir uma atuação burocrática, assim como a lógica institucional, resultando em ações sem teor crítico.

Cabe enfatizar, que embora haja uma circunstância propícia a isto o(a) assistente social tem como construir uma postura crítica e ao mesmo tempo desenvolver uma posição investigativa no sentido de sistematizar o perfil destes usuários e demandas, visando tanto uma reflexão crítica sobre esta realidade quanto a identificação de possibilidades de construir respostas mais efetivas na direção da afirmação de direitos dos usuários. Há, portanto, uma necessidade social concreta, que se coloca para a profissão, que é ir além das demandas imediatas, espontâneas.

É importante destacar no atual contexto de avanço da contrarreforma do estado na saúde que, com a estrutura dos serviços de saúde comprometida pela superprecarização, pela lógica da privatização e subfinanciamento, e dada agudização da barbárie, os serviços de saúde vêm recebendo um aumento

substancial de demandas, e suas complexidades tendem a aumentar para o assistente social da saúde, com recursos cada vez mais precários para seu atendimento (SOARES, 2019).

Cabe pontuar algumas ações profissionais que são pertinentes ao cotidiano do assistente social no âmbito hospitalar:

- Atividade de levantamento de dados socioeconômico e cultural dos usuários, geralmente é norteadas por um questionário, que é realizado na admissão. Sua principal finalidade é conhecer as condições de vida, os diversos fatores que perpassam o seu cotidiano e a influência desses no processo saúde/doença, assim como a identificação de familiares, para assim autorizar e acompanhar, a realização de exames, medicamentos, notificações de altas e óbitos.
- Interpretação de normas e rotinas: No contexto hospitalar o profissional de serviço social é convocado para instruir os usuários e acompanhantes acerca das normas e rotinas da instituição, como os horários de visitas e troca de acompanhante, a quantidade de pessoas que podem visitar, as vestimentas adequadas para estar em circulação na instituição, até mesmo o comportamento que devem ter durante o período de internação.
- Atividades Socioeducativas com informações de saúde: Muitos dos profissionais realizam estas atividades com o objetivo de promover o conhecimento sobre saúde aos usuários e acompanhantes que estão internando. É uma atividade de “educação”, realizada através de visitas aos leitos objetivando repassar informações de saúde. (COSTA, 2009)

Costa (2009, p.326) destaca também algumas ações que são requisitadas aos assistentes sociais inseridos nos hospitais, para atuarem junto com a equipe multidisciplinar:

O assistente social é responsável pela sensibilização e mobilização dos usuários nas situações relativas à captação de sangue, realização de exames complexos, tratamentos fora do domicílio, necropsias, superação de preconceitos/tabus em relação ao tratamento e a doença etc.

Cabe ressaltar que o Conselho Federal de Serviço Social em 2010, lança “Os parâmetros para atuação do serviço social na política de saúde”. Tal documento “[...] tem como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde” (CFESS, 2010, p. 11).

Com base nesse documento, são objetivos do Assistente Social na saúde: identificar/reconhecer as determinações sociais, cultural e econômica que interferem no processo saúde-doença, elaborar estratégias político-institucionais de enfrentamento a estas questões articulados com outros segmentos profissionais/sociais, cuja finalidade seja a consolidação do SUS (CFESS, 2010).

Quanto aos eixos de atuação são compostos por: o atendimento direto ao usuário que deve transpor o caráter emergencial/burocráticos nos diferentes níveis de atenção à saúde e esfera governamental, que se dá com as ações socioassistenciais tidas como a principal demanda para o Assistente Social, e as ações socioeducativas reconhecida como o foco da atuação, esta ocorre com a democratização de informação e orientação individual, coletiva ou grupal aos usuários/sociedade junto com a equipe, de modo a promover a construção de uma nova cultura, facilitar o acesso aos serviços e fortalecer a interdisciplinaridade; a mobilização, participação e controle social que tem como finalidade a construção e

fortalecimento do usuário como sujeito político; a investigação, planejamento e gestão com o intuito 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 principal finalidade a melhoria na qualidade dos serviços prestados ao usuário, a formação permanente, a assessoria a movimentos sociais e a gestão, além de supervisionar estágios (CFESS, 2010).

De acordo com o documento, as ações a serem desenvolvidas pelos profissionais devem ultrapassar o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa. Outra preocupação evidenciada no documento é que o trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando-se, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde. Conforme ressalta o CFESS (2010), o assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde.

O referido documento destaca ainda que a equipe de saúde e/ou os empregadores, frente às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais, têm historicamente requisitado aos profissionais diversas ações que não são suas atribuições. Segundo CFESS (2010, p.46-47), ressalta-se ações como:

Marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes; solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; pesagem e medição de crianças e gestantes; convocação do responsável para informar sobre alta e óbito; 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.

Vasconcelos (2009) chama atenção para o fato de que as demandas que chegam ao assistente social no cotidiano de seu trabalho nos serviços de saúde, independente da unidade de saúde, subjugam o trabalho dos assistentes sociais ao movimento interno da unidade de saúde, tornando suas ações complementares às ações dos demais profissionais de saúde e/ou funcionais à dinâmica interna das instituições.

Nesse sentido, Miranda (2011) ressalta que é recorrente nos vários níveis de atenção, em especial, no contexto hospitalar, a percepção que a intervenção do assistente social é complementar à prática médica, nessa perspectiva se o profissional não consegue mediar a intersetorialidade e integralidade das ações, terá sua atuação norteadas por tarefas internas do hospital, em detrimento das reais demandas e direitos dos usuários. Portanto, o “profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários” (CFESS, 2010 p. 43).

Nessa perspectiva, Martinelli (2011) destaca a importância do profissional se comprometer com a equipe multiprofissional a partir de práticas interprofissionais, que “sinaliza para a constituição de uma atenção qualificada e preocupada com o

sujeito integral, já que, diferentes profissionais, com diferentes perspectivas, põem-se a olhar e atuar em conjunto pela vida e saúde do usuário e sua família". (SILVA, 2016, p.51)

Vale enfatizar que a própria formação do assistente social o capacita a apreender a totalidade que perpassa a realidade dos usuários. Nesse sentido, a atuação da/o assistente social no contexto hospitalar passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde doença.

5 A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL JUNTO AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO (HUAC)

5.1 O lócus da Experiência

O Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), fica localizado na Rua Carlos Chagas, sem número, no bairro do São José na cidade de Campina Grande/PB. Tal instituição possui uma área física de 16.324 m², tendo sido criado em 20 de dezembro de 1950, vinculado ao Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE), que prestava assistência médica aos funcionários públicos federais, se tornando referência em ensino e assistência médica do Nordeste. Entretanto, com a extinção do IPASE, em 1974, todos os órgãos relacionados à Previdência Social passaram a integrar um Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), composto por diversos órgãos, entre eles o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Dessa forma, o Hospital passou a integrar o Instituto, se tornando também campo de estágio para estudantes de Enfermagem e de Farmácia da Universidade Regional do Nordeste e Estudantes de Medicina da Universidade Federal da Paraíba. No entanto, a partir das mudanças ocorridas na Política de Saúde no contexto dos anos 1980, e com a instituição do SUS e extinção dos INAMPS, ocorre uma reestruturação institucional do Hospital Regional Alcides Carneiro (HRCA), o que levou, no ano seguinte, a cessão da estrutura física e dos servidores para a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), passando a se chamar Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). Portanto, se inicia uma fase delicada de transição entre um hospital que tinha restritamente um caráter assistencial para uma unidade hospitalar universitária, que prioritariamente desenvolvesse o ensino, a pesquisa e a extensão, integrando a estrutura do SUS.

No ano de 2002, com o desmembramento da UFPB e criação da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), o HUAC passou a fazer parte desta instituição através da Lei nº 10.419/02. Tal contexto é marcado pelo avanço da perspectiva neoliberal e pelas parcerias público-privado, atingindo diretamente a política de saúde e nesse contexto os Hospitais Universitários.

Conforme mencionamos anteriormente, a Lei Federal 12.550 de 15/12/2011, cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), como uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação (MEC), com a finalidade de prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como prestar às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública. (EBSERH,2020)

Apesar da luta da comunidade universitária e dos diversos embates a favor do SUS, como a Frente Nacional contra a Privatização do SUS, para que não fosse instalada a Empresa de Serviços Hospitalar em Campina Grande/PB, entretanto, em dezembro de 2015, o contrato para a instauração da EBSEH é assinado.

O HUAC dispõe atualmente de 151 leitos de internações, sendo 18 leitos de unidade de terapia intensiva divididos entre UTI adulta, neonatal e UTI infantil. Está dividido em 6 alas: Cirúrgica, Respiratória, Clínica Feminina e Endócrina, Clínica Masculina e Endócrina, Infectologia, Pediátrica e Oncologia Infantil, também conta com serviços ambulatoriais, situado no Centro de Assistência Especializada de Saúde e Ensino (CAESE). Oferece especialidades como: Acidente do trabalho; Acupuntura; Alergia imunologia; Assistência especializada e de alta complexidade; Atendimento médico, com observação 24 horas; Cardiologia; Cirurgia Universitário; Cirurgia geral; Cirurgia pediátrica; Cirurgia plástica; Cirurgia torácica; Cirurgia vascular; Dermatologia; Endocrinologia e metabologia; Gastrenterologia; Genética clínica; Ginecologia; Hematologia; Homeopatia; Infectologia; Nefrologia; Neurologia; Odontologia; Oftalmologia; Oncologia; Ortopedia; Otorrinolaringologia; Pneumologia; Proctologia; Pronto atendimento; Psiquiatria; Reprodução Humana; Reumatologia; Tisiologia; Urologia.

No que se refere aos recursos orçamentários de custeio e capital do HUAC, estes são regidos pela Lei Nº 8.142, de dezembro de 1990, a qual dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Eles são destinados por fontes diversas, entre elas o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), que, instituído pelo Decreto Nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, repassa recursos com o intuito de auxiliar na reestruturação e revitalização dos hospitais universitários federais integrados ao SUS; parte vem da EBSEH e outra parte destes recursos orçamentários advém da contratualização com os municípios que utilizam os serviços do hospital. Tais recursos advindos tanto do Ministério da Saúde quanto do Ministério da Educação tem como objetivo custear as atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência, exercidas pelo hospital universitário e são administrados pelo setor competente e controlados pelo setor de faturamento da instituição (EBSEH, 2016).

Vale enfatizar que o aumento da participação das entidades privadas na gestão e execução de serviços da rede SUS e fora dela, tem se refletido no aumento da precariedade dos vínculos, incidindo diretamente sobre a relativa autonomia dos profissionais de saúde e, nesse âmbito, dos assistentes sociais, que tendem a enfrentar mais obstáculos para ultrapassar a racionalidade hegemônica da contrarreforma em suas práticas.

5.2 O Serviço Social no Hospital Universitário Alcides Carneiro- HUAC

A equipe de Serviço Social do HUAC é composta por doze profissionais que conta com os seguintes vínculos empregatícios são divididos nos seguintes vínculos, quatro são vinculados ao quadro de profissionais da UFCG, um ao ministério da saúde e sete são vinculados a EBSEH, o que mostra a tendência de crescimento do setor privado, na administração de espaços públicos, com a contratação de servidores que não possuem os mesmos direitos dos funcionários estatais, sendo submetidos à carga horária diferente, além da redução da remuneração (EBSEH, 2016). Conforme já foi ressaltado, a EBSEH prevê a contratação de profissionais regidos pela CLT e por contrato temporário até dois anos, acabando com a

estabilidade de emprego e implementando a lógica da rotatividade, comum no setor privado, fragilizando dessa forma a continuidade e qualidade de atendimento prestado à população no âmbito da saúde pública.

É importante enfatizar que com o avanço da contrarreforma na saúde, o assistente social inseridos em tal política vem sofrendo diretamente os impactos nas condições de trabalho que estão cada vez mais precarizadas, além do desfinanciamento e sucateamento dos serviços de saúde, o que rebate diretamente nas respostas dadas às demandas postas no cotidiano da prática.

Particularmente no que tange às demandas postas para os assistentes sociais inseridos no HUAC, estas estão relacionadas principalmente a orientações ao usuário quanto aos direitos sociais/programas sociais, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), Bolsa Família, Tratamento Fora do Domicílio (TFD), entre outros, assim como verificação de denúncias de maus-tratos ou negligências. A maioria das demandas é encaminhada pela equipe multidisciplinar, chamando atenção o fato que muitas delas não são atribuições do Serviço Social não sendo atendidas por tais profissionais, dentre as quais podemos citar: a emissão de declaração de comparecimento à unidade, regulação de vagas em casos de transferências hospitalar e comunicação de óbito.

Vale enfatizar que a lei nº 8.662 que regulamenta a profissão, a partir do artigo 4º, reafirmado pelos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de saúde (2010), define como competência de tais profissionais: elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais.

Nessa perspectiva, vale ressaltar as ações desenvolvidas pela equipe de Serviço Social do HUAC. Nas ações de caráter individual se destaca o uso da entrevista social como um dos principais instrumentos utilizados com o objetivo de conhecer o perfil socioeconômico do usuário, e qual a sua relação com o processo saúde-doença, geralmente é realizada na admissão do paciente, ou antes da marcação de algum procedimento; o profissional também realiza orientações individuais ou em grupo acerca das normas e rotinas da instituição, como quantidade de acompanhantes, horários de visitas e até a vestimenta adequada para a circulação dentro da instituição; quando identificado, o usuário que não possui acesso e se enquadra no perfil do Benefício de Prestação Continuada (BPC), são realizadas orientações necessárias para a garantia desse benefício, além disso, são dadas orientações para aquisição de medicamentos especiais, disponibilizados pelo Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcional (CDMEX), orientando sobre o preenchimento dos dados necessários.

O assistente social também realiza articulações com outras instituições e serviços do próprio município, assim como de outros municípios, especialmente com a finalidade de garantir o transporte para o retorno dos usuários; essa articulação se materializa com o contato com outros profissionais acerca da situação de usuários, buscando soluções necessárias. O profissional orienta os usuários sobre marcação

de procedimentos não disponíveis na instituição; presta esclarecimentos à família ou ao próprio usuário nos casos em que deseja sair da instituição sem alta médica, ou nega-se a realizar algum procedimento médico, orientando quanto às implicações na decisão tomada, procurando entender suas motivações, para assim discutir com a equipe; realiza a alta social nos casos em que os usuários se encontram de alta médica, mas torna-se necessária a sua permanência no hospital em virtude dos fatores socioeconômicos que impossibilitam temporariamente a sua saída do hospital, além da articulação, por ocasião de alta hospitalar, com as Secretarias de Saúde dos municípios e a Rede de Atenção Básica de Saúde visando garantir, viabilizar e dar continuidade ao tratamento indicado. Nesta ocasião, são encaminhadas solicitações de transporte, acompanhamento, fornecimento de mediações etc., no intuito de que o tratamento não sofra interrupções, orientando inclusive os usuários sobre a importância de dar continuidade ao mesmo e como proceder, caso esse direito seja violado.

Além das atividades já citadas, as que são mais comuns no cotidiano do Assistente Social, estão mais relacionadas: à Emissão de Pareceres e/ou relatórios sociais em caso de violação de direitos; à prestação de orientações sobre o processo de transferência seja relativa ao Tratamento Fora do Domicílio (TFD) ou à documentação e outros contatos que se fazem necessários, de modo a viabilizar o atendimento; à contribuição com a equipe de saúde na comunicação e apoio das questões que envolvem óbito ao traslado do corpo, encaminhar ao auxílio funeral e orientação para a busca de atendimento médico aos familiares, nos casos em que a morte for provocada por doenças infectocontagiosas; à realização diária de visitas e acompanhamento nos leitos, assistindo os usuários em suas necessidades sociais; ao registro diário, em livros para essa finalidade, as ocorrências do Setor de Serviço Social, por fim, à realizar a evolução dos usuários no sistema específico.

Portanto, a partir do exposto essa são algumas das inúmeras ações que são desenvolvidas pelo Serviço Social no Hospital Universitário Alcides Carneiro, permeadas por diversas implicações sob o contexto da EBSERH. Os desafios impostos aos profissionais vão desde a divisão da sala com demais profissionais da categoria, até a unificação do setor do Serviço Social com a psicologia, sendo renomeado para setor de Atenção Psicossocial, além de ser coordenado por uma profissional de outra categoria. A entrada da EBSERH no contexto dos hospitais universitários traz a lógica neoliberal dentro da rede pública. Assim, a superprecarização e superexploração do trabalho estão vinculadas diretamente ao desenvolvimento de práticas na saúde desvinculadas do projeto de reforma sanitária e vinculadas ao avanço do projeto privatista na saúde.

Cabe mencionar, que o atual contexto da Pandemia, trouxe maior visibilidade às fragilidades da pactuação do SUS, ou seja, se expôs, a partir do avanço do coronavírus no país, os impactos das medidas contrarreformistas na saúde, materializadas na falta de leitos suficientes para atender a população, falta de medicamentos essenciais para o tratamento da doença, além da visibilidade das péssimas condições de trabalho dos profissionais de saúde, com a falta de EPI's, atraso no pagamento de salários, além das frágeis condições de vínculos estabelecidos.

5.3 Relato da Experiência de Estágio Obrigatório em Serviço Social junto ao HUAC

A experiência de Estágio Curricular Obrigatório em serviço social foi vivenciada no período de agosto/2018 a março/2020, junto ao Hospital Universitário

Alcides Carneiro (HUAC). Ao longo desse período nos deparamos com a relação teoria/prática e, conseqüentemente, com a vivência das dimensões teórico-metodológica, ético-político e técnico-operativa da profissão, conhecendo de perto a dinâmica da instituição, além das demandas, desafios e contradições que se apresentam no cotidiano institucional e nas práticas em saúde.

O primeiro momento de inserção em campo de estágio obrigatório foi destinado à observação sistemática da rotina institucional e das demandas e respostas dadas pelos profissionais de serviço social no cotidiano da prática. Na ocasião, além do reconhecimento da instituição através de visitas às alas, tivemos a oportunidade de apresentação aos demais Assistentes Sociais, além de outros profissionais da instituição, em especial da Ala Pediátrica Infantil, na qual o Profissional de serviço social de referência era responsável por nossa supervisão de campo.

Inicialmente, participamos de atendimentos individuais, assim como de ações coletivas em saúde desenvolvidas na instituição. Nesse primeiro momento, participamos de uma ação organizada pelo setor Psicossocial, para os profissionais, estagiários e residentes do HUAC, realizada em Agosto de 2018, em alusão ao Agosto Lilás, que faz referência à violência contra a mulher, com palestras que informavam o aumento do número de casos e orientava como os profissionais de saúde deveriam realizar o acolhimento e os encaminhamentos, além da importância de se observar no atendimento prestado às usuárias da instituição, a possibilidade destas estarem sofrendo algum tipo de violência.

Durante o período de observação em campo de estágio, ocorreram algumas mudanças na instituição, a exemplo da implantação do Sistema AGHU, que passou a permitir a realização de anamnese, evoluções diárias do paciente, de modo a possibilitar que os demais profissionais dos plantões seguintes tivessem informações sobre aquele usuário acompanhado. Cabe mencionar em tal contexto, mudanças no regimento interno, como alteração do horário de troca de acompanhante, mudanças no horário de visita e a quantidade de visitantes possível.

Vale destacar, a retirada das refeições dos residentes e plantonistas, evidenciando a retirada de direitos dos profissionais de saúde da instituição a partir da administração pela EBSEH. No que se refere ao serviço social, é importante ressaltar que foi imposto um “controle” diário das ações, sendo necessário o profissional descrever e quantificar cada ação realizada durante o plantão.

No período de outubro de 2018 contribuimos com a ação alusiva ao Outubro Rosa, que lembra a importância da prevenção do câncer de mama. Na ocasião, foram confeccionados laços que foram distribuídos para as mães da Pediatria e UTI infantil, durante o período de visita diária do Assistente Social, além da prestação de informações sobre o acesso a rede de atenção básica e realização de exames.

Acompanhamos também as orientações as famílias de usuários para realização do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), que é garantido pela legislação do SUS, através da Portaria nº 55/99 do Ministério da Saúde. Na ocasião tivemos a possibilidade de fazer o acompanhamento de todas as etapas, desde a emissão dos laudos até o retorno destes usuários para a continuidade do tratamento no HUAC. Além de tais ações, pudemos acompanhar, ainda, orientações acerca de marcação de consultas, solicitação de reembolso de passagem, encaminhamentos para a Previdência Social para requerer o Benefício de Prestação Continuada (BPC), solicitação de carros e ambulância para a alta hospitalar dos usuários.

Dando prosseguimento às atividades desenvolvidas no estágio obrigatório em serviço social, com a contribuição de nosso supervisor de campo e da nossa

orientadora acadêmica, realizamos a elaboração de um projeto de intervenção que teve como temática o Serviço Social na Pediatria do Hospital Universitário Alcides Carneiro, tendo como objetivo principal contribuir para o esclarecimento dos usuários acerca do trabalho do assistente social em tal espaço.

Para tanto, as ações foram realizadas através de salas de esperas, nas enfermarias 01, 02, 03, 04 e 05 da ala pediátrica, e teve como público-alvo os acompanhantes dos usuários internos desta ala. É válido destacar que a realização das ações foi acompanhada pelo supervisor de campo, que buscou contribuir durante a execução das ações previstas no projeto, com informações acerca da profissão no contexto hospitalar e na particularidade da saúde.

A primeira sala de espera foi realizada no mês de dezembro de 2019 nas enfermarias 01 e 05, onde realizamos uma breve apresentação do projeto e o objetivo da ação. Logo após realizamos uma dinâmica para que os participantes expressassem suas percepções acerca da profissão, e do que pensavam ser atribuição do Serviço Social na instituição, e em seguida procuramos explicitar as atribuições da profissão, com base no Código de Ética profissional e nos Parâmetros de atuação dos Assistentes Sociais na Saúde.

Posteriormente, desenvolvemos uma dinâmica com atividades, em que, os participantes deveriam responder o que era ou não atribuição do Serviço Social. Por fim, entregamos um panfleto elaborado pelas estagiárias junto com o supervisor acadêmico e de campo, contendo informações sobre o que é o serviço social, suas principais atribuições, as áreas de atuação profissional, e os principais encaminhamentos realizados por tal profissional. Tal momento nos possibilitou observar a percepção dos participantes sobre a profissão de Serviço Social, sendo possível identificar a imagem da profissão vinculada a um “auxílio”, como também um profissional com qual o se pode contar para resolver questões relacionadas ao acesso à política social em questão.

Para analisar a imagem do Serviço Social, Chagas; Ortiz; Beltrão (2013) partem do pressuposto que sua configuração está atravessada pelas contradições da ordem burguesa, pela posição periférica do Brasil nessa mesma ordem, pelo processo de construção das políticas sociais no país, e também pela inserção particular do Serviço Social na divisão social e técnica do trabalho, o que incide diretamente sobre a ação cotidiana do assistente social.

Dando continuidade ao Projeto de Intervenção, realizamos nossa segunda ação ainda no mês de dezembro de 2019, junto às enfermarias 02 e 03, com a mesma metodologia utilizada anteriormente. No que se refere a tal ação, podemos verificar que alguns participantes demonstraram desconhecimento acerca do trabalho dos assistentes sociais na instituição, confundindo as atribuições de outros profissionais da equipe multidisciplinar, com o serviço social. Nessa perspectiva entendemos que nosso projeto de intervenção pôde contribuir para dar visibilidade ao serviço social, como um profissional que atua, dentre outras atribuições, na identificação e encaminhamento de demandas dos usuários, buscando viabilizar o acesso dos mesmos aos seus direitos.

Finalizando as ações previstas no projeto de intervenção, no mês de fevereiro/2020, realizamos as últimas salas de espera nas enfermarias 01, 03,04 e 05, totalizando 08 encontros. A realização de tais atividades também seguiu o padrão das salas de espera anteriormente mencionadas. Cabe ressaltar que foi possível identificar durante a realização das ações, que os participantes assimilam o trabalho do Assistente Social como uma “assistência”, “um auxílio” e/ou “uma ajuda” a eles dentro da política de saúde e de outras políticas.

É importante ressaltar que as salas de espera foram realizadas respeitando a rotina das enfermarias, de modo que muitas das ações tiveram que ser adiadas para outro momento, devido às visitas de médicos e residentes, aplicação de medicamentos e saída para exames, além da espera pela rotatividade dos leitos.

Conforme Ortiz (2010), no Serviço Social, sua imagem tem sido constituída pela coexistência de traços tradicionais, claramente assentados na concepção da profissão como uma forma de ajuda, em constante tensão com traços renovados, ou seja, relacionados à defesa dos direitos.

Apesar dos estereótipos sobre a profissão que estão presentes no senso comum, foi possível perceber durante a execução das ações de intervenção, que os usuários compreendem – apesar de seu caráter minoritário - que o assistente social trabalha na viabilização dos seus direitos, sendo um profissional que se faz presente desde o momento da internação até a alta hospitalar, e atua no processo de saúde-doença, na perspectiva de viabilizar o “apoio” que vai além das questões biológicas e que são essenciais para um acesso integral à saúde.

Destarte, as ações desenvolvidas em tais enfermarias, tiveram sua relevância, na medida em que buscaram contribuir com a socialização de informações junto aos usuários da instituição, acerca do trabalho do assistente social na saúde e particularmente no HUAC, se caracterizando também como um importante espaço de se buscar desmistificar os elementos que estão presentes na percepção da população, apontando para uma imagem socialmente concebida da profissão que a vincula com suas protoformas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de ser considerado um dos sistemas de saúde mais avançados do mundo, o SUS, assegurado na Constituição Federal de 1988, vem sofrendo no contexto atual, com as medidas de ajuste neoliberais como: cortes de verbas para a saúde, repasses de recursos públicos para o setor privado de saúde, terceirização da gestão administrativa e financeira na saúde.

Conforme destaca Soares (2019), a superprecarização da política de saúde e a intensificação do processo de privatização tende a repercutir cada vez mais no cotidiano das práticas dos assistentes sociais, a partir, inicialmente, das suas condições de trabalho e nível de subalternidade profissional, expresso na não estabilidade e precariedade dos vínculos, a exemplo dos profissionais que atuam em Hospitais Universitários geridos pela EBSEH. A partir de nossa inserção em campo de estágio obrigatório junto ao HUAC, foi possível observar que o assistente social inserido em tais espaços, vem sofrendo com a precarização das condições de trabalho, com a tentativa de retirada de sua autonomia, quantificação dos atendimentos e lógica produtivista.

Silva (2016), ressalta que é neste cenário que o Serviço Social se insere no campo da saúde, o que exige do profissional um olhar ampliado aos atendimentos realizados com os usuários, na perspectiva de ultrapassar o viés de ações burocráticas e rotineiras e transpor sua ação para uma dimensão socioeducativa seguindo os vieses do projeto ético político do Serviço Social, que primam pela defesa dos direitos e pela democratização do Estado. Para isso, faz-se cada vez mais necessária uma articulação do Serviço Social dentro e fora dos espaços institucionais.

A experiência de estágio aqui relatada teve grande importância para o processo de formação profissional, nos aproximando do cotidiano dos profissionais de serviço social e dos usuários do SUS, vivenciando as contradições que

perpassam a atuação dos assistentes sociais no contexto hospitalar, particularmente numa instituição administrada pela EBSEH. A inserção em tal espaço nos fez apreender, conforme ressalta Soares (2019), que diante dessa realidade cada vez mais complexa, urge a necessidade de nos apropriarmos dos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos do nosso projeto profissional para desvelar as contradições e desafios que se apresentam no cotidiano institucional e nas práticas em saúde. Cabe ainda destacar a importância da mobilização profissional do/a Assistente Social junto aos movimentos participativos e de luta social em defesa do SUS como uma política de acesso universal e de qualidade, se manifestando a favor dos interesses da população e do projeto de Reforma Sanitária que abrange o acesso aos serviços de saúde e o atendimento integral ao sujeito.

Acreditamos que a nossa inserção em campo de estágio obrigatório em serviço social junto Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), como também a execução do Projeto de intervenção em tal espaço, foi de fundamental importância na nossa formação profissional, por nos possibilitar uma aproximação com o cotidiano da prática do assistente social no espaço hospitalar, como também dos usuários que acessam os serviços de saúde da instituição, além de contribuir para socialização e democratização de informações acerca da atuação do Assistente Social na saúde e da relevância do trabalho de tal profissional na viabilização do acesso ao direito à saúde.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **LEI DE DIRETRIZES CURRICULARES: DIRETRIZES GERAIS PARA O CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**. Rio de Janeiro:1996

BEHRING, E. R. **Brasil em Contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS: - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 321-333, dez. 2010. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7697>. Acesso em: 15 jul. 2020

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007

_____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. (org.). **História e Evolução dos Hospitais**. 2. ed. Rio de Janeiro, 1997.

_____.Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Lei 8.080 de 19/09/1990** Brasília, 1990. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 08/11/2020.

_____.EBSEH. Ministério da Educação. **Nossa História**. 2016. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/huac-ufcg/nossa-historia>. Acesso em: 17 out. 2020.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009. p. 197-215.

_____. M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. 5. p. 88-110

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas e práticas profissionais**. São Paulo, Cortez, 2007.

_____. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. 3. p. 197-217.

BRAVO, M. I.; PELAEZ, E.; PINHEIRO, W. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, abr.2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139/13218>. Acesso em: 10 jul. 2020

BRAVO, M. I. S. **Saúde na Atual Conjuntura e os Desafios para o Serviço Social**. São Luís - Ma: I Simpósio de Assistentes Sociais da Rede Sus de São Luís, 2019. Disponível em: <http://www.cressma.org.br/wp.pdf>. Acesso em: 03 set. 2020.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília. 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 15 out. 2020

_____. **Nº533: Meia Formação não garante um Direito**. Brasília: 2011.

_____. **Resolução Nº 383/99**. Caracteriza o assistente social com profissional da saúde. Brasília, 1999. Disponível em <http://www.cfess.org.br>. Acesso em 02/11/2020

COSTA, C. S. **O Serviço Social na Saúde: reflexões sobre a prática hospitalar**. 2012. 36 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Serviço Social, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012. Cap. 4. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br>. Acesso em: 30 set. 2020

COSTA, M. D. H. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais. MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez, 2009. CCap. 7. p. 304-351

CHAGAS, C.L.; ORTIZ, F. S.G.; BELTRÃO, M.F.A. **O Serviço Social e sua imagem: Ajuda ou defesa de Direitos?** In: III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. Belo Horizonte, Junho de 2013.

IAMAMOTO, M. I.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MARTINELLI, M. L. Serviço Social em contextos hospitalares: Desafios Cotidianos. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n 107. São Paulo, Cortez, 2011

MATOS, M. C. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. 2020. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/>. Acesso em: 03 set. 2020;

MELLO, C. F. Q. **O Trabalho do Assistente Social no Contexto Hospitalar: Uma Análise na Perspectiva do Trabalho em Equipe**. 2012. 126 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Cap. 2

MENDES, A. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. **Futuros do Brasil: Textos para debate**, n. 7, p. 1-5, jul. 2017.

MENESES, E. S. **Processo de Trabalho em Saúde**: Uma análise das condições de trabalho dos assistentes sociais no âmbito hospitalar. 2010. 165 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010. Cap. 3

MIRANDA, A. P. R. S. **Inserção do Serviço Social nos processos de trabalho em serviços públicos de saúde- concepções e práticas**: estudo de caso em um hospital universitário- João pessoa-pb. 2011. 357 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011

NETTO, J. P. **Ditadura e serviço social**: uma análise do serviço social no Brasil pós-64. 12. Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NETTO, J. P. et al. **ECONOMIA POLÍTICA**: uma introdução crítica. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

ORTIZ, F.G. **O Serviço Social no Brasil**: fundamentos de sua imagem social e da autoimagem de seus agentes, Rio de Janeiro: E-papers/FAPERJ, 2010.

REIS, C. R.; PAIM, J. S. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 58, p. 101-114, jul. 2018.

SILVA, A. K. F. **O Serviço Social na Saúde**: uma reflexão dos limites e possibilidades da dimensão socioeducativa na esfera da atenção básica. 2019. 35 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2019.

SILVA, P. V. **O Serviço Social no Contexto hospitalar a partir da Experiência de Estágio HU/UFSC**. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

SOARES, R. C. **A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS hoje**: Impactos e demandas ao serviço social. 2010. 209 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010. Cap. 1

_____.A Contrarreforma na Política da Saúde e o Serviço Social: Impactos, desafios e Estratégias em Tempos de Neoliberalismo Ortodoxo. In: 7º Encontro Internacional de Política Social 14º Encontro Nacional de Política Social, Vitória, ES, 3 a 6 de junho de 2019.

_____. Contrarreforma da política de saúde e Serviço Social. In: SILVA, A. X et al. (orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social**: as inflexões na política de saúde. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

YASBEK, C. O Significado sócio-histórico da profissão. In: **Serviço Social**: Direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez, 2009. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. 5. p.242-272

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu Deus, por ter me dado condições para concluir essa primeira jornada, que nem sempre foi fácil, mas, ele sempre esteve ao meu lado, me dando forças para continuar e nunca pensar em desistir.

Aos meus Pais minha eterna Gratidão por ter me proporcionado de tudo, e sempre estiveram presentes em todos os momentos, a eles dedico esse Trabalho de Conclusão de Curso.

A minha irmã, por te me apoiado em todos momentos, e sempre me incentivado a nunca desistir.

Aos meus Familiares, obrigada pelo apoio que sempre me foi dado.

A minha orientadora, Maria Socorro Pontes, por todo amor, tranquilidade e atenção que foi repassado durante esse período, além de todo incentivo para a continuação da vida acadêmica.

A minha Supervisora Acadêmica Sandra Amélia, por toda paciência e atenção durante o período da graduação.

Aos meus supervisores de Campo, Marcelo Abdon e Roseane Bezerra por todo zelo em demonstrar como funciona o cotidiano profissional e os principais encontros, o meu muito obrigado.

As Professoras do Departamento de Serviço Social, muito obrigada, por te repassado o conhecimento e contribuído para o crescimento de uma profissional crítica.

Por fim, ao Sr. Lúcio (in memoria), que ainda no 1º ano do Ensino Médio, já me dizia que deveria ser uma Assistente Social para lutar pelas causas do bairro e que seria uma excelente profissional. Naquele momento, mesmo tendo pretensão de cursar outros cursos, aquelas palavras ficaram guardadas e mais tarde me auxiliaram na escolha do Serviço Social.