

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR LITORAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ANA CAROLINA DE OLIVEIRA SILVA

**CONFIGURAÇÃO DO TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO HOSPITAL
REGIONAL DO LITORAL**

MATINHOS/PR
2014

ANA CAROLINA DE OLIVEIRA SILVA

**CONFIGURAÇÃO DO TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO HOSPITAL
REGIONAL DO LITORAL**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, em cumprimento ao módulo de TCC II e ao espaço curricular de Projetos de Aprendizagem VIII como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, sob orientação da Prof.^a Msc. Silvana Marta Tumelero.

MATINHOS/PR
2014

Dedico este trabalho, que é o início de uma nova fase, à minha família e a todos que me apoiaram. Pela compreensão daqueles que mais do que ninguém, foram os alicerces desta conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço antes de tudo a Deus, por transmitir a força, saúde, esperança e a fé necessária para superar as dificuldades e percorrer tranquilamente essa trajetória. Através da sua palavra, proporcionou o consolo, o amparo em dias de tribulações, não deixando de forma alguma fracassar ou desistir. Aquele que eu descansei e confiei todos os meus projetos e que me consagrou não só a vida, mas o prazer de cada vitória durante o caminho.

Aos meus familiares, que são a base para tudo em minha vida especialmente a Mãe Ciliana de Oliveira o Padrasto Duílio Moreira pelo cuidado, amor e dedicação ao longo dos anos, pela educação que impulsionou todo bom senso e respeito nesse período, e pelo apoio em cada decisão com confiança e incentivo.

Obrigada aos primos e tias pela compreensão nos momentos estressantes e pela contribuição valiosa nas palavras de conforto. Amo a todos, desde já expresse a minha eterna gratidão pelo amor e dedicação sem fim.

Aos amigos, pela distração, companheirismo e compreensão da minha ausência dedicada ao estudo superior, entendendo que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente!

Especialmente as eternas Alana Farias Alboitt, Amanda Cavalcanti, Karoline Silveira, Juliane Sant'ana e Paula Araújo que sonharam e acreditaram a todo instante comigo, me transmitindo força.

Ao namorado Kaio Augusto, amigo e companheiro, que suportou firme comigo todas as dificuldades e vitórias antes e depois desse processo, tranquilizando-me, auxiliando e distraíndo com muita compreensão, amor e carinho.

Agradeço, as amigas fieis e companheiras de faculdade Barbara de Paula, Caroline Ferreira, Eliana Batista e Márcia Cavalcante por construir juntamente cada etapa dessa caminhada, compartilhando sempre opiniões, sugestões e críticas, agregando conhecimento em todos os sentidos.

Aos demais colegas de turma que também fizeram parte desse itinerário, somando experiências a todo o momento, contribuindo grandemente para uma formação pessoal e profissional melhor. Agradeço a Todos.

À minha orientadora, Msc Silvana Marta Tumelero que confiou seu tempo a mim, com muita dedicação, suporte para o aprendizado, em meio a tantas mediações e estudos, cada

orientação era uma aula valiosa. Voltando-me a leitura da realidade, reforçando cada módulo já trabalhado durante esses anos, me fazendo uma pessoa mais crítica. Meu sincero agradecimento pela oportunidade e apoio na elaboração deste trabalho.

Agradeço a todos os professores e mestres que tive o privilégio de conhecer, usufruindo de seus ensinamentos e experiências, que auxiliaram grandiosamente esse processo de formação, bem como aos conhecimentos com relação à profissão. A todos que de alguma forma contribuíram para o alcance do título de Bacharel em Serviço Social.

À universidade Federal do Paraná, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram esta graduação.

À Assistente Social Daiana Cristina Stelmacki Amódio, supervisora de estágio em 2013 e todas as Assistentes Sociais do Hospital pela imensa dedicação, colaboração e valioso aprendizado. Agradeço grandemente a oportunidade de conviver durante esse período com essas profissionais!

A toda equipe do Hospital Regional do Litoral pela confiança, apoio e participação na construção das pesquisas, projetos e estudos realizados na instituição.

Muito Obrigada a todos pelas manifestações de afetividade e dedicação durante esse processo da minha formação profissional, não somente me ensinando, mas me fez fazendo aprender em cada etapa. Espero retribuir ao máximo toda dedicação a mim prestada.

Obrigada!

"Eu sugiro tentar e tentar e tentar ainda outra vez. Sobretudo, tentar fazer diferente: com outro tipo de abordagem, com mais paciência, com menos pressa e com mais atenção no outro."

Gabito Nunes

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso – TCC objetiva analisar as percepções dos técnicos do Hospital Regional do Litoral, no município de Paranaguá com relação ao que configura o trabalho do Assistente Social na instituição. O processo de trabalho do assistente social nos serviços de saúde define-se a partir das condições históricas, levando em consideração o desenvolvimento da saúde pública no Brasil, as mudanças no sistema de organização política que influenciaram decisivamente no estabelecimento de princípios, diretrizes e desenho operacional do Sistema Único de Saúde, o qual se tornou um dos maiores campos de atuação profissional de assistentes sociais, na divisão sociotécnica e institucional do trabalho. Refletir sobre a atuação profissional implica no entendimento das dimensões políticas ao longo de sua trajetória. Nesse contexto buscamos produzir alguns questionamentos no que diz respeito a tensão existente entre as ações tradicionais da saúde e as novas proposições do SUS, as quais também determinam o âmbito de atuação do profissional de Serviço Social e permitem desmistificar a clássica visão de que a profissão se pauta em "práticas de ajuda" e que a ela compete realizar o que é residual às demais profissões que atuam no campo da saúde. Ao analisarmos o processo de organização do Hospital bem como a inserção do Serviço Social frente às demandas diárias, trabalhamos a hipótese de pontuar as contradições de toda equipe multidisciplinar frente ao trabalho profissional do Assistente Social e o que define as competências atribuídas a esse setor.

Palavras chaves: Serviço Social; Prática Profissional; Política de Saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HRL – Hospital Regional do Litoral

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

ABESS – Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

CONASS – Conselho Nacional de Serviço Social

SUS – Sistema Único de Saúde

CAPS – Caixa de Aposentadoria e Pensões

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEDEPS – Centro de Estudos e Projetos em Educação, Cidadania e Desenvolvimento Social

AS – Assistente Social

EMC – Ensino Médio Completo

ESC – Ensino Superior Completo

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 10 |
| 1.0 A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | 12 |
| 1.1 A REFORMA SANITÁRIA | 14 |
| 1.2 DESAFIOS DO SUS NO BRASIL | 15 |
| 1.3 A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE | 16 |
| 2.0 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL | 20 |
| 2.1 O SURGIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL..... | 20 |
| 2.2 A FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL | 24 |
| 2.3 RENOVAÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL | 25 |
| 2.4 A CONSTRUÇÃO DO PROJETO ÉTICO POLÍTICO | 28 |
| 2.5 O SERVIÇO SOCIAL CONTEMPORÂNEO | 30 |
| 3.0 ANÁLISE DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL .. | 34 |
| 3.1 O CAMINHO METODOLÓGICO PARA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL..... | 34 |
| 3.2 ANÁLISE DOS DADOS: OLHARES DOS PROFISSIONAIS A PARTIR DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL..... | 37 |
| 3.3 ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO TRABALHO PROFISSIONAL – PERCEPÇÕES DOS ASSISTENTES SOCIAIS DO HRL | 46 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 50 |
| REFERÊNCIAS | 54 |
| APÊNDICES | 58 |

INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão atende às Diretrizes do Curso de Graduação em Serviço Social da UFPR – Setor Litoral, uma exigência da Instituição para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social. Permite reproduções e reflexões acerca do processo de formação profissional. Dessa forma pretende-se com esta pesquisa identificar os elementos constitutivos e expectativas das demais áreas profissionais com o processo que configura o trabalho do assistente social no Hospital Regional do Litoral, em Paranaguá.

A escolha pelo objeto de pesquisa surgiu a partir das vivências e observações realizadas no processo de estágio curricular do curso, que ocorreu no Hospital Regional do Litoral, no município de Paranaguá, voltando então o olhar para a atuação do assistente social nesta área, chamando a atenção para a dinâmica da equipe multiprofissional, considerando a realidade dos usuários e as demandas institucionais.

Várias eram as expressões corriqueiras que aguçavam uma observação minuciosa, porém a necessidade de compreender o serviço social na saúde foi ficando cada vez mais iminente, pois foi possível observar durante o período de estágio que os pacientes, familiares e acompanhantes eram encaminhados com frequência ao serviço social, não em busca de orientações sobre acesso aos direitos, mas sim em busca de atendimento a situações pertinentes a outros setores, como enfermagem e recepção por exemplo.

Dessa forma, as mediações realizadas pelo serviço social estavam em grande parte voltadas para demandas não exclusivas do setor e por vezes, sequer afetas ao trabalho profissional da área. Neste sentido, identificou-se um acúmulo de demandas oriundas de outras áreas que acabavam por sobrecarregar o setor, estimulando assim a busca pela compreensão das atribuições legais do serviço social no âmbito hospitalar frente ao trabalho desenvolvido no cotidiano desses profissionais, bem como problematizar o que configura o trabalho profissional dos assistentes sociais.

Dessa forma, os questionamentos explicitados impulsionaram o estabelecimento dos seguintes objetivos específicos: explicitar os elementos constitutivos do trabalho do assistente social na política pública de saúde, particularizando a atuação no HRL; apreender, a partir das demandas (falas) de profissionais de enfermagem, psicologia e auxiliares administrativos de recepção e vigilantes, as expectativas com o trabalho do Serviço Social no HRL e problematizar com os técnicos, sujeitos desta pesquisa, o processo de trabalho do assistente social na instituição, visando esclarecer e desmistificar visões que dificultam o trabalho

multidisciplinar na instituição, buscando entender a visão dos demais profissionais sobre o serviço social e também esclarecer a eles quais as atribuições pertinentes ao setor.

Para maior domínio do assunto utilizamos como principais referências (a partir de consultas em periódicos, livros e artigos) autores como Faleiros (2005), Martinelli (1998 e 2006), Iamamoto (1998, 2001, 2005), Netto (1992, 2000, 2001, 2004 e 2005), Yazbeck (1984 e 2008), Piana (2007 e 2009), Febrero (2009), Guerra (2007), os quais discutem o trabalho profissional do assistente social bem como seus desdobramentos frente a questão social e o projeto profissional na sua relação com a teoria e prática. Para os assuntos pertinentes a área de saúde, trajetória do SUS e inserção do Assistente social nesse âmbito, pesquisamos os autores: Souza (1995), Miotto (2006 e 2009), Vasconcellos (1998, 1999, 2002), Bravo (1999) e Nogueira (2006 e 2009). Para fundamentar a discussão quanto aos aspectos jurídico-formais buscamos resoluções, parâmetros fixados pelo CFESS (1997), ABEPSS (2001), CONASS (2006) e Ministério da Saúde (2009). Dentre os periódicos consultados estão as Revistas *Temporalis*, *Serviço Social e Sociedade* e *Serviço Social e Saúde*.

Como procedimento metodológico, realizamos a análise documental com os parâmetros para atuação do assistente social na saúde, a lei de regulamentação da profissão e documentos institucionais do Hospital/Secretaria de Estado da Saúde, como o plano de carreira. Além disso, realizamos entrevistas com os profissionais do serviço social do Hospital, a partir de um roteiro semi-estruturado, visando apreender a percepção quanto aos elementos constitutivos do trabalho profissional de Serviço Social na política pública de saúde. A pesquisa documental se deu por meio de diagnósticos já utilizados nos procedimentos de estágio e a identificação da identidade atribuída ao assistente social, a partir de entrevista com dois profissionais de cada área demandada (enfermeiros, auxiliares administrativos, vigilantes e psicólogos). Optamos por entrevista gravada com o consentimento dos profissionais, preservando a sua identificação. Para a caracterização dos sujeitos da pesquisa, sem nominá-los, utilizamos o tempo de atuação no setor e área de atuação.

A etapa final foi realizada em duas fases: a primeira, uma oficina reflexiva com os profissionais problematizando as atribuições do serviço social, visando uma devolutiva do que foi levantado na pesquisa inicial no processo de estágio. A segunda fase foi uma oficina de cunho qualitativo, uma vez que realizamos análise das demandas diárias do serviço social no hospital a partir de dados extraídos do livro de registro do setor e já sistematizados em planilhas durante o processo de estágio curricular do curso.

Capítulo 1

1.0 A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Neste primeiro capítulo apresentaremos um estudo sobre o processo de construção do Sistema Único de Saúde, bem como, seus limites para efetivação no Brasil e a inserção do assistente social nesse campo, considerando sua formação profissional e intervenção nos dias de hoje.

A primeira iniciativa do Estado brasileiro na construção do sistema único de saúde (SUS) que poderia se aproximar da noção de proteção social, data de 1923 com a edição da Lei Eloi Chaves e a criação das Caixas de Pensão e Aposentadoria que também garantiam a assistência médica aos contribuintes. Naquele período, com a industrialização do país e por consequência, com o crescimento dos trabalhadores urbanos, começaram a surgir reivindicações por melhorias nas condições de trabalho, políticas previdenciárias e assistência à saúde. Com isso, os trabalhadores organizaram com suas empresas, a Caps regulamentadas pelo Estado com a referida Lei (BRAVO, 2000).

Da década de 1920 até o final de 1980, segundo Bravo (2000), o que pode ser reconhecido como sistema de saúde se pautava majoritariamente pela noção de seguro social (ou seja, a garantia de acesso apenas a quem contribuía com o sistema) e se caracterizava por uma miríade de instituições públicas e algumas privadas, sem manter nenhuma articulação entre si. A atenção à saúde embasava-se em um modelo assistencial para a população, sem vínculos trabalhistas formais, ou seja, o acesso à saúde era privilégio de quem estava no mercado de trabalho formal. No referido período, a assistência médica se vinculava à Previdência Social e as ações coletivas de saúde eram de responsabilidade do Ministério da Saúde, ações essas como campanhas de pré-natal, vacinação, puericultura, e prevenção a tuberculose, hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis e outros.

Desde a década de 1940 foram instituídas as primeiras modalidades de assistência médica suplementar, inicialmente dirigida aos funcionários públicos da União e de alguns Estados. Este sistema estava voltado à população urbana, mais especificamente, para os trabalhadores formais e parcelas do funcionalismo público federal e de alguns estados, como São Paulo. Suas bases de financiamento eram as contribuições compulsórias sobre as folhas de salário. Aos demais brasileiros, à maior parte da população, estava reservada a assistência médica privada, por meio das santas casas ou a estatal realizada pelas poucas instituições públicas de saúde existentes, geralmente vinculadas ao governo federal e ao de estados e

municípios mais ricos. Ressaltando ainda que existiam distinções entre os serviços pagos com a estrutura da Santa Casa, o médico cobrava a consulta e quem acabava por fazer o serviço, voluntário e gratuito, eram as auxiliares de saúde enfermeiras, no caso, as Freiras. Em março de 1986 ocorreu o evento político-sanitário mais importante da segunda metade do século passado, a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde.

[...] Os debates dessa conferência saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. 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, 2000, p.9).

Corroborando as ideias de Bravo (2000) essa conferência resultou numa série de trabalhos técnicos, elaborados pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, servindo então como base para formulação das diretrizes de saúde na constituição de 1988. O final da conferência resultou em um relatório, que colou em pauta três pontos referentes à reforma sanitária brasileira, sendo eles um conceito amplo de saúde; a saúde como direito da cidadania e dever do Estado; e a instituição de um sistema único de saúde respaldado pelos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e da participação da comunidade¹.

Em 1987, foi implantado no Executivo federal, um arranjo institucional denominado Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) que tentou incorporar, em seu desenho, alguns dos elementos centrais da proposta da reforma sanitária: a universalização, a descentralização pela via da estadualização e a democratização das instâncias gestoras. O Suds foi contemporâneo da Assembleia Nacional Constituinte. O processo constituinte conformou-se num espaço democrático de negociação constante, desenvolvido ao longo das suas diversas etapas, em que um núcleo de congressistas progressistas desempenhou papel relevante, apoiado por intelectuais do movimento da reforma sanitária. O texto final negociado incorporou as grandes demandas do movimento sanitário: a saúde entendida amplamente como resultado de políticas econômicas e sociais; a saúde como direito de todos e dever do Estado; a relevância pública das ações e serviços de saúde; e a criação de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento

¹ Para maiores informações sobre o tema consultar <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAlk0AG/sus-avancos-desafios?part=2>

integral e da participação da comunidade. Criou-se, assim, na Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde - SUS (CONASS, 2006).

O ambiente constitucional era de forte rejeição à centralização imposta, autoritariamente, pelo regime militar. Por isso, associou-se descentralização com democratização e ampliaram-se os direitos sociais da cidadania, integrando-se, sob o conceito de seguridade social, a proteção de direitos individuais (previdência) a proteção de direitos coletivos (saúde e assistência social). Esse processo se fez por meio da descentralização de competências e de receitas tributárias para Estados e municípios. Na saúde, houve naquele momento, uma clara preferência pela municipalização.

Dentre as muitas lições aprendidas no movimento de reforma sanitária, uma merece ser destacada: a mudança foi alcançada por um longo e duro movimento de politização da Saúde que articulou movimentos sociais, profissionais de saúde, partidos políticos, universidades, instituições de saúde e políticos, especialmente parlamentares.

1.1 A REFORMA SANITÁRIA

Ao compreender o SUS como uma estratégia, o Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde. Destacam-se como fundamentos dessa proposta a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. Tem como premissa básica a defesa da “saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRAVO, 1999; MATOS, 2001). Como decorrência da Constituição Federal, elaborou-se, no período de 1989 a 1990, a Lei n. 8.080 de setembro de 1990, que dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como foram gestadas as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais, assegurando o processo de municipalização de várias políticas sociais, dentre elas, a saúde. Os vetos presidenciais, colocados numa lei acordada no Congresso Nacional, atingiram pontos fundamentais como a instituição dos Conselhos e das Conferências de Saúde. Uma intensa reação da sociedade civil

organizada levou à Lei n. 8.142, de dezembro de 1990, que regula a participação da comunidade no SUS (CONASS, 2006, p.26).

A partir dos anos 1990, com a solidificação do neoliberalismo no Brasil, a proposta de saúde construída na década de 1980 com o movimento de Reforma Sanitária sofreu grandes ataques. No âmbito da saúde, conforme Castro e Oliveira (2011), as políticas passaram a ser alvo das contenções de gastos e voltaram-se para a sua regulação mercantil. Conforme Castro e Oliveira (2011, p. 28) “a universalização do acesso à saúde é atacada, pois era vista como uma das causas da elevação do déficit público”. Os serviços de saúde considerados de alto custo eram assegurados pelo modelo de atenção centrado no hospital e voltado para as inovações tecnológicas, equipamentos, maquinarias e alto grau de medicalização, que agilizava os procedimentos e aumentava os custos.

1.2 DESAFIOS DO SUS NO BRASIL

A instituição do SUS produziu resultados imediatos. O mais importante foi o fim da separação que havia no sistema público de saúde brasileiro entre os incluídos e os não incluídos nessa política. Para os incluídos havia a Saúde Previdenciária a que tinham direito os portadores da carteirinha do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - Inamps; para os não incluídos restavam a atenção ambulatorial provida por unidades de medicina simplificada e a atenção hospitalar prestada por entidades filantrópicas aos indigentes. “O SUS pôs fim, em pouco tempo, a essa figura injusta dos indigentes sanitários, promovendo a integração do Inamps ao sistema público único de saúde” CONASS, (2006). Dessa forma, o SUS rompeu com a trajetória de formação do Estado brasileiro assentada na centralização e com uma concepção de cidadania que vinculava os direitos sociais à inserção no mercado de trabalho, a cidadania regulada.

O Sistema Único de Saúde (SUS) completou vinte anos de existência e, não obstante ter conseguido algumas inovações, o SUS real está longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou, apesar de alguns avanços, como o acesso de camadas da população que antes não tinham direito; o sistema de

imunização e de vigilância epidemiológica e sanitária; os progressos na alta complexidade, como os transplantes, entre outros (CFESS, 2000).

O modelo de atenção à saúde, construído pelo movimento sanitário, especialmente na década de 1980, pautado na concepção ampliada de saúde e postulando o paradigma da determinação social como estruturantes do processo saúde-doença, constituiu-se num terreno extremamente fértil para o Serviço Social. Trouxe, além da possibilidade, sem precedentes, de ampliação do espaço sócio-ocupacional dos assistentes sociais, a viabilidade de ressignificação das competências e ações profissionais. Pode-se observar que essa nova condição não decorre unicamente da ampliação da demanda reprimida e tampouco da expansão das funções desempenhadas tradicionalmente pelos profissionais no campo da saúde. Ao contrário, a adesão ao novo paradigma é que vai permitir aos assistentes sociais encaminharem suas ações de forma a tencionar a política social vigente em direção aos ideais da reforma sanitária e do projeto ético-político da profissão. Dessa forma, o debate sobre as competências e ações profissionais no escopo da universalidade, integralidade e equidade em saúde não pode ficar circunscrito às demandas postas pela política governamental nos termos de suas prescrições e normas. Para Mioto e Nogueira (2009, p.226) “Os profissionais de Serviço Social, no período de 1960 a 1970, centravam-se no debate interno à profissão, buscando consolidar a própria profissão e, ao mesmo tempo, iniciando um movimento radical visando romper com o pensamento conservador hegemônico”. Diante disso, deixou de acrescentar o debate crítico nas ciências sociais e saúde no interno da profissão.

1.3 A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

Hoje, no Brasil, o Serviço Social integra o rol das profissões de saúde. Isso decorre da ampliação do conceito de saúde, incorporando sua dimensão social e, conseqüentemente, a exigência da proteção social em saúde. Esse reconhecimento é expresso na literatura corrente sobre o sistema nacional de saúde e a sustentação dessa posição no processo sócio-técnico da divisão do trabalho depende da clareza teórica e qualidade técnica impressa no exercício profissional. A inserção do serviço social na área da saúde também é contemplada legalmente na Portaria n° 1.097/GM/MS, de 22 de maio de 2006, que define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde no âmbito do SUS.

As premissas para a ação profissional em saúde assentam-se em três pilares: necessidades sociais em saúde; direito à saúde e produção da saúde. As necessidades sociais em saúde são historicamente construídas e determinadas pelo movimento societário. Segundo Miotto e Nogueira (2009, p.223) O direito à saúde, mediado pelas políticas públicas, as quais refletem um patamar determinado da relação Estado e Sociedade, é operacionalizado através dos sistemas e serviços de saúde, envolvendo a gestão, o planejamento e a avaliação, além do controle social.

A produção de saúde então é entendida como um processo que se articula a partir das transformações econômicas, sociais e políticas, das ações de vigilância à saúde e das práticas de assistência à saúde.

No cotidiano de trabalho do assistente social, o profissional realiza junto aos usuários a análise dos aspectos e determinantes sociais que envolvem o processo saúde/doença, atendendo às demandas da população de satisfação de necessidades globais de vida como alimentação, habitação, educação e participação social, articuladas com a política de saúde (CASTRO e OLIVEIRA, 2011, p.34).

O trabalho do assistente social na saúde e sua inserção nessa área, como já citado, têm suas especificidades, uma vez que se trata de um espaço sócio ocupacional envolvido por determinações da política de saúde e condições de vida do usuário. Diante disso, é possível considerar alguns desafios para o assistente social enquanto trabalhador na área da saúde. O processo de trabalho no qual os assistentes sociais se inserem, levando em conta as condições sócio-históricas e correlação de forças nos seus diferentes espaços de atuação, acaba demandando dos profissionais cada vez mais a identificação de suas particularidades, tendo como referência as relações estabelecidas no mundo do trabalho.

No cotidiano profissional, o assistente social atende as demandas da população, satisfazendo as necessidades imediatas do usuário. A multiplicidade das demandas colocadas ao serviço social nessa área é vasta, e segundo Nicolau (2011) uma vez que transita pelos setores públicos e privados. O exercício profissional do assistente social não ocorre somente pelas ações exclusivas com o usuário, mas também de forma complexa recai sobre as demandas da instituição, os meios e os instrumentos que viabilizam o trabalho profissional é realizado de forma cooperativa e combinada. Os demais profissionais “em circunstâncias diversas, vão atribuindo feições, limites e possibilidades ao exercício da profissão” (IAMAMOTO, 2001, p.106).

“O assistente social [...] facilita o acesso da população às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do país” (CAVALCANTI & ZUCCO, 2006, p.76-77)

Os direitos na saúde são destacados por Vasconcelos (2006) como:

[...] direito ao acesso universal aos serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade; à atenção integral à saúde; à prevenção de doenças, danos, agravos e riscos, tratamento e a reabilitação; atendimento de qualidade e sem preconceitos; direito a informações a respeito de seu quadro de saúde e seus familiares; informação sobre rotinas, funcionamento e recursos das unidades de saúde; participação direta ou indireta no controle social dos serviços prestados; direito de ser ouvido e de ouvir nos atendimentos em saúde; acesso ao seu prontuário e exames, e o direito de ter acesso a medicamentos básicos e de uso contínuo (2006, p.19).

Dessa maneira fica claro a importância da articulação dos profissionais entre os serviços e ações que vão de acordo com as demandas dos usuários, bem como o incentivo à participação dos usuários no que diz respeito a avaliação das atividades institucionais contribuindo cada vez mais para a construção de um espaço que garanta o direito e o acesso a um serviço qualificado. Para Vasconcelos (2002) os assistentes sociais em sua intervenção deparam-se com alguns obstáculos no que diz respeito ao trabalho profissional e os interesses dos usuários destacam ainda que esses obstáculos impedem a realização de suas ações. Para Castro (2009) os obstáculos observados no desempenho do trabalho de assistentes sociais na área de saúde são classificados em cinco itens:

1. A ignorância dos usuários e profissionais daquilo que é garantido como direito do cidadão e dever do Estado;
2. A focalização das políticas que dificultam a crítica, a organização e o controle social e que atingem principalmente os mais pobres, despolitizados, ou seja, o não cidadão;
3. O direito do cidadão visto de forma fragmentada, o que leva à discussão do direito do indivíduo e à negação do direito em suas inter-relações, conexões e interdependência;
4. A pretensa incompatibilidade no enfrentamento dos direitos sociais e do sofrimento humano, concomitantemente, devido ao culto ao individualismo;
5. A dificuldade dos diferentes trabalhadores sociais para trabalhar com o sofrimento, choro, perda, morte, o que induz os profissionais à compaixão, apoio, ajuda, doação, orientação, encaminhamento, aconselhamento, cuidado, tomados como fins em si mesmos, em detrimento do resgate da autonomia (CASTRO, 2009, p.420).

O serviço social então está exposto a essas exigências imediatas, buscando atender em sua totalidade, vislumbrando a garantia dos direitos dos cidadãos (VASCONCELOS, 2002).

A atuação do assistente social permite atenção ao usuário, que seja ouvido e atendido em todas as suas necessidades. Tudo que dificulta ou prejudica a qualidade de atendimento ao usuário é passível de intervenção do assistente social,

[...] independentemente do local de ocorrência: seja no laboratório de análises clínicas da unidade, na farmácia básica, na nutrição (copa e cozinha), na enfermaria, na lavanderia ou até na esfera das relações sociais, por ocasião de problemas entre usuários e equipe etc. esse dado também demonstra que a participação dos assistentes sociais nos processos de trabalho nas instituições de saúde tem a singularidade de “repor” (ante a impossibilidade de recompor), com a sua ação, as lacunas da parcialização, fragmentação e terceirização do trabalho [...] (COSTA, 2000, p.69).

O profissional na saúde então deve compreender o funcionamento da instituição que está inserido bem como a dinâmica do sistema de saúde, identificando formas de atendimento que sejam coerentes com sua competência.

Para Vasconcelos (2002) o trabalho dos assistentes sociais na área da saúde, em contraposição a um trabalho espontâneo, exige uma série de requisitos, tais como: formação profissional e continuada de qualidade; compreensão do campo da seguridade social como direito; organização e planejamento do trabalho profissional com base em estudos e pesquisas; conexão entre programas e equipes e implementação de estratégias e táticas de ação; e formação de uma consciência sanitária que demanda uma consciência social sobre a questão saúde. A atuação pressupõe também o domínio da discussão das políticas públicas, e em especial da política de saúde e do SUS, pois requer que os profissionais tenham um conjunto de saberes que envolvem o processo saúde-doença, a trajetória da política de saúde no Brasil, a reforma sanitária, as desigualdades sociais, o domínio de dados epidemiológicos locais, regionais e nacionais e de dados clínicos presentes na sua atuação cotidiana (CAVALCANTI & ZUCCO, 2006). Para tanto, é necessário uma qualificação constante da intervenção profissional, fortalecendo a produção teórica do conhecimento em Serviço Social, por meio de pesquisas, subsidiando a construção de saberes comprometido com a qualidade do exercício profissional. É fundamental qualificar primeiramente o conhecimento, com uma boa fundamentação teórica embasados em estudos para então fomentar a intervenção.

Capítulo 2

2.0 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

Com o título deste segundo capítulo pretendemos abordar o processo histórico da formação do Serviço social no Brasil, bem como o surgimento da profissão, visando à compreensão dos elementos que serão apresentados nos resultados finais da pesquisa. Sabe-se que o Serviço Social não surgiu de uma forma assistencialista e tampouco é uma evolução das práticas caritativas e de assistência social. A profissão de assistente social surgiu no momento em que a sociedade buscava respostas às demandas postas pela questão social. Em sua gênese, o serviço social transpassou o contexto da modernidade como várias outras profissões, até chegar à fomentação em torno do debate da profissão, enfrentou vários desafios para então se firmar como direito garantido ao cidadão que dele venha necessitar.

2.1 O SURGIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

A profissão surgiu, no Brasil, em meados das décadas de 1930 e 1940, à medida que ocorriam transformações políticas, econômicas e sociais no Brasil, aliado ao processo de recristianização² da Igreja católica. Nesse período a sociedade era marcada por uma ordem capitalista, industrial e urbana. Fortalecidos pelo interesse de um Estado corporativista, centralizador e autoritário, a industrialização no país processava-se sob um modelo conservador. As condições de trabalho na época eram muito precárias e o estado de tensão era constante pelas lutas dos trabalhadores, desde as primeiras décadas do século XX, na busca de efetivar e ampliar direitos trabalhistas.

A burguesia industrial estava aliada aos grandes proprietários rurais, buscando sempre o apoio do Estado para seus projetos de classe e na busca de novas formas de enfrentamento da chamada questão social.

² Ato de reabilitar o cristianismo num país.

O Estado Novo, regime político brasileiro fundado por Getúlio Vargas (1930-1945), visava garantir o controle social da população, apoiando-se na classe operária por meio de uma política de massas, porém, ao mesmo tempo em que defendia essa classe no que toca à formalização de direitos trabalhistas, reprimia os movimentos reivindicatórios desta. Ele se constituiu na “versão brasileira atenuada do modelo fascista europeu”, ou seja, as diretrizes assumidas pelo governo Vargas baseavam-se nos modelos corporativos europeus (YAZBEK, 1980, p.24). O Estado ao mesmo tempo em que concede o direito à reivindicação e a cidadania, impossibilita uma organização política autônoma, criando assim um aparato institucional assistencial que atendia muito mais o nível econômico do mercado do que as necessidades da população. A política implantada por Vargas nesse período era dotada de posturas contraditórias com relação à classe operária, como jornada semanal máxima de trabalho, baixa remuneração, etc. Buscava-se o apoio desses trabalhadores pela legislação que assegurou direitos de Previdência Social e pelo reconhecimento legal das organizações sindicais, entretanto, o Estado assumiu o controle dessas organizações de forma repressiva. À medida que ocorre a implementação dessas políticas governamentais, ocorre também a proposta de institucionalização do Serviço Social.³ No Brasil, a Igreja católica intervinha nas ações sociais com obras de caridade e assistência, envolvendo sempre a burguesia e mulheres voluntárias nessas ações.

A formação dos primeiros assistentes sociais no Brasil acontece então a partir da influência europeia por meio do modelo franco-belga, baseando-se nos princípios messiânicos, que se firma na salvação do corpo e da alma, e no propósito de “servir ao outro” (SILVA, 1995, p.40). O modelo de formação no qual o Serviço Social se apoiou (Franco Belga) cunhava uma formação moral e doutrinária, objetivando então formar um profissional pronto para enfrentar a realidade social.

A partir dos anos 40 do século XX, aparecem novas perspectivas no que diz respeito à profissionalização da assistência, ainda que ligada à igreja católica, com os princípios de caridade, benevolência e filantropia, herdados do neotomismo. Suas atividades são legitimadas pela sociedade e pelo Estado mediante a implementação de grandes instituições assistenciais.

No contexto dos anos 1950, intensificam-se as contradições no processo formativo, expressas na tentativa de ruptura com práticas pautadas na filosofia tomista. O serviço social

³ A emergência e institucionalização do Serviço Social como especialização do trabalho ocorre nos anos 30, sob influência católica europeia (CRESS).

busca uma instrumentalização técnica, sob influência norte-americana, já na década de 1940, valorizando o método pautado nos pressupostos funcionalistas da sociologia, acreditando poder deste modo, responder as exigências colocadas pela sociedade. A técnica e o planejamento passam a ser referenciais na busca de uma base para o processo de profissionalização do Serviço Social.

A técnica e o planejamento passam a ser referenciais na busca de uma base para o processo de profissionalização do Serviço Social.

Assim que o Estado assume prioritariamente a política de assistência, que é exercida pelas instituições criadas ou associadas a ele, o processo de legitimação do serviço social se desvincula dos preceitos da Igreja, porém não rompe com o conservadorismo. A assistência então deixa de ser um serviço prestado somente por instituições privadas, mas mantém parcerias com o Estado e o empresariado. Na medida em que ocorre o desenvolvimento do capitalismo e a “inserção” da classe operária no cenário político em meados da década de 50, a questão social é visualizada como determinante das expressões sociais sobre as quais o serviço social é chamado a intervir, acontecimento fundamental para a institucionalização da profissão. A questão social que se manifesta por vários fenômenos sociais como fome, desemprego, violência e outras. Dessa forma, frente às expressões agravantes da questão social se exige do Estado respostas via políticas sociais e da sociedade um movimento mais organizado de luta e defesa de direitos.

A demanda do trabalho profissional do assistente social então consiste de uma demanda apresentada pelo Estado. Anterior à década de 1940 uma pequena parcela da população tinha acesso aos serviços das obras assistenciais privadas, depois disso um maior número do proletariado passa a ter acesso às primeiras políticas sociais criadas pelo Estado vigente. Essa mudança interfere no vínculo profissional, pois o Estado e empresariado passam a serem os grandes empregadores dos Assistentes Sociais, mudando o rumo do exercício profissional.

A atuação profissional que predominantemente se voltava aos fundamentos do pensamento social da Igreja católica, adotando a ideia de fazer o bem, passa a ser conformado por elementos técnicos, de matiz funcionalista, ainda que sem abandonar ou substituir elementos valorativos cristãos. O serviço social no Brasil, assim como na Europa, se deparou com uma vasta fragilidade teórica, com uma formação voltada a moral e a ética. Diante da complexidade da realidade social o serviço social fez uso dos ensinamentos da Igreja para realizar sua prática e a Igreja por sua vez usou o Serviço Social para expandir sua doutrina e visão de mundo. O pensamento conservador e a influência da doutrina católica traçaram o

perfil do assistente social ligados ao pensamento burguês, atribuindo tarefas de amenizar conflitos, recuperar o equilíbrio e preservar a ordem vigente, com frágil consciência política, pois era envolvida pelo “fetiche” da ajuda, não conseguia ter clara as contradições do exercício profissional (MARTINELLI, 2000, p.127).

Essas características do serviço social no Brasil afirmam que a profissão no início de sua existência, não foi aceita apenas pela igreja católica, mas também pelo Estado e pela burguesia. Sua dimensão técnico-operativa toma uma forma tradicional de assistência social e ação social, que compreendia: o estudo das necessidades individuais, concessão de ajuda material, aconselhamentos, inserção no mercado de trabalho, triagem, visitas domiciliares, encaminhamentos, trabalhos manuais como aulas de tricô, e atividades educacionais voltadas a moral, higiene, orçamentos, etc. (PIANA, 2009, p.91).

Em 1942, o governo de Getúlio Vargas, visando interesses políticos e econômicos, com o intuito de combater o comunismo e fortalecer o capitalismo na América Latina, facilitou o processo de relação entre os Estados Unidos. Prolongando-se para além destas relações o país se envolveu em uma forte ideologização norte-americana. A América do norte então passa a ser o exemplo de ideias e referência das ações, principalmente no que diz respeito às políticas públicas. Situado nesse contexto social, o serviço social passa a buscar nos moldes de profissão norte americano, uma nova referência filosófica, um suporte teórico que respondesse as demandas postas pela sociedade frente ao exercício profissional.

A dominante influência Americana abrangia uma intervenção técnica composta de planejamento e organização, fazendo com que o Serviço Social buscasse novos recursos técnicos para romper com as ações espontâneas e filantrópicas. À medida que exigências de tecnificação do Serviço Social são atendidas, o instrumental continua, sobretudo a busca por qualificação dos procedimentos interventivos, utilizando-se dos fundamentos da psicologia e da fenomenologia.⁴

A fenomenologia se apresenta como um método de ajuda psicossocial fundado na valorização do diálogo e do relacionamento; com isso, reatualiza a forma mais tradicional de atuação profissional: a perspectiva psicologizante da origem da profissão. [...] e o marco referencial teórico dessa metodologia é constituído por três grandes conceitos: diálogo, pessoa e transformação social (PIANA, 2009, p.91).

Os assistentes sociais deveriam estar aptos para executar programas sociais que abordassem soluções modernizantes para o modelo desenvolvimentista adotado no Brasil.

⁴ Uma referência elementar com relação à fenomenologia é o livro de Anna Augusta de Almeida, a autora defendeu o uso deste método adaptado ao Serviço Social.

Após a segunda Guerra mundial (1939-1945), a profissão que era composta pela elite burguesa, passou a receber agentes também da pequena burguesia, que não eram influenciados somente pela Igreja, mas por um interesse de qualificação profissional, o que garantiria o acesso destes ao mercado de trabalho. O período de consolidação da profissão se instala de forma significativa nas instituições públicas e privadas. “Ao final da II Guerra Mundial já se encontravam em funcionamento cerca de duzentas escolas distribuídas pela Europa, pelos Estados Unidos e pela América Latina, onde se instalaram a partir de 1925” (MARTINELLI, 2000, p.108).

2.2 A FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

A formação teórico-metodológica do serviço social manteve as ações modernizadoras, uma vez que respondia as demandas exigidas pelo capitalismo. A função aceita pelos assistentes sociais no mercado de trabalho era de coordenação e planejamento social. Na década de 1960 surge um momento marcante no que diz respeito a profissionalização do Serviço Social. Ocorre a primeira crise ideológica em parte das escolas de Serviço Social junto à proposta de transformação da sociedade, substituindo a desenvolvimentista adotada até o momento.

Não deixando de considerar que ainda na década de 1960, o mundo passou por outras transformações. Na América Latina a Revolução Cubana, ao criticar as bases capitalistas mostrando como alternativa ao desenvolvimento, o socialismo, liberta-se da dominação dos Estados Unidos.

Grande era a revolta da sociedade com relação ao modelo de desenvolvimento urbano industrial dominante. Os movimentos políticos impulsionaram as reflexões e inquietações das ciências sociais, que por influência marxista e sob a perspectiva metodológica dialética, questionava a subordinação norte americana do país. Tal movimentação não deixou de atingir a educação, as universidades, inclusive o Serviço Social que começa a questionar sua ação, conforme Netto retrata (2001, p.128) “trata-se de um cenário, em primeiro lugar, completamente distinto daquele em que se moveu a profissão até meados dos anos sessenta.”

O serviço social no Brasil até a primeira metade da década de sessenta mostrava uma homogeneidade nas suas intervenções, necessitava de uma fundamentação teórica significativa, pois se configurava como uma categoria profissional na qual predominava uma

direção interventiva. Para tanto, o serviço social passa a perceber a dimensão política de sua prática e o modelo baseado na visão funcionalista⁵ do indivíduo passou então a desinteressar a intelectualidade da profissão para a compreensão e intervenção na realidade latino-americana, a qual passava por transformações econômicas, políticas e sociais. O importado modelo de serviço social então se torna ineficaz o que impulsiona ao início de um processo de ruptura teórico-metológica, prática e ideológica. Conforme Faleiros (1987, p.51) “a ruptura com o Serviço Social tradicional se inscreve na dinâmica de rompimento das amarras imperialistas, de luta pela libertação nacional e de transformações da estrutura capitalista excludente, concentradora, exploradora”. Nos próximos anos, a profissão estimula-se na procura de uma concepção crítica e defende princípios éticos de vinculação a luta da classe trabalhadora, buscando assim como menciona Barroco (2003, p.108) uma “transformação na intencionalidade dos profissionais que se identificavam como agentes de mudanças”.

Ainda na década de 60, o padrão de desenvolvimento econômico entra em crise causando agitações políticas e movimentações populares, sendo o Serviço Social influenciado por esse meio político, o que dá início ao processo de discussão da política que compreende a categoria profissional destes. Para tanto, é fundamental que se busque caminhos e reflexões acerca da categoria profissional, conforme afirmação de Netto (2001, p.146) indaga-se sobre o papel dos profissionais face às manifestações da “questão social”, interrogando-se sobre a adequação dos procedimentos profissionais consagrados às realidades regionais e nacionais, questionando-se sobre a eficácia das ações profissionais e sobre a eficiência e legitimidade das suas representações, inquietando-se com o relacionamento da profissão com os novos atores que emergiam na cena política (ligados às classes subalternas) e tudo isso sob o peso dos pactos políticos que vinham do pós-guerra, do surgimento de novos protagonistas sociopolíticos, da revolução cubana.

2.3 RENOVAÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL

A partir de 1964, ano que demarca a instalação da Ditadura Militar no Brasil, o Serviço Social passa por processo de renovação que resultará em uma mudança significativa na base teórico-conceitual da profissão. Faleiros (2005, p.26) afirma que a mobilização social

⁵ Esta procura explicar aspectos da sociedade em termos de funções realizadas por instituições e suas consequências para sociedade como um todo. É uma corrente sociológica associada à obra de Émile Durkheim.

e política da sociedade e a mobilização em torno da profissão põe em destaque a crise da profissão naquela década, bem como a sua desqualificação no mundo acadêmico, inadequação metodológica com a divisão em serviço social de caso, grupo e comunidade, provocando a ausência de uma fundamentação teórica articulada. O movimento de reconceituação do Serviço Social representou em toda América Latina uma tomada de consciência crítica e política dos profissionais.

Com as restrições advindas da ditadura militar o rumo do Serviço Social mudou neste período em nosso país, diferenciando-se do serviço social latino-americano. A linguagem era diferente, as temáticas eram diferentes. O Movimento de Reconceituação foi de fato uma unidade de diferenças, acarretando elementos importantes no processo de renovação do serviço social. Os profissionais, em consequência das intensas contradições ocorridas no exercício profissional, que por sua vez se apoiavam na corrente filosófica positivista de Augusto Comte⁶ passaram a questionar seu papel na sociedade, levando a profissão a romper com a alienação ideológica em que era submetida, explicitando-se contradições e diferenças de opções filosóficas e sociológicas na orientação da prática profissional, durante o processo de reconceituação.

À medida que o assistente social começa a ser remunerado, passando a compreender o que representa a inserção sociotécnica no mundo do trabalho, inclina-se ao profissionalismo, representando uma maior legitimação e afirmação do seu papel social. A expectativa dos profissionais se voltou à busca da identidade profissional bem como sua legitimação no mundo capitalista. Uma nova proposta teórico-ideológica deveria amparar o ensino da profissão, originando uma prática não assistencialista, e sim transformadora comprometida com as classes populares.

A partir do momento em que a teoria filosófica criada por Marx denominada materialismo histórico e dialético passou a fundamentar o referencial teórico metodológico do serviço social, a profissão passa a se apropriar da tradição marxista e o pensamento de raiz marxiana passa a não ser estranho no universo da profissão (Netto, 2001, p.148).

Nesse sentido o referencial teórico científico é o materialismo e o referencial filosófico é a lógica dialética, que estuda as relações que envolvem homem e sociedade. Com base na afirmação de José Filho (2002, p.57), o Serviço Social no decorrer das últimas décadas, evoluiu no processo de pensar-se a si mesmo e à sociedade, produzindo novas concepções e

⁶ Para Augusto Comte o positivismo é o último estágio do conhecimento humano, é o auge da formação do conhecimento.

autorrepresentações como “técnica social”, “ação social modernizante” e posteriormente “processo político transformador”.

Netto (2001) aborda três vertentes que se fizeram presentes no processo de renovação do Serviço Social no Brasil, instaurando o pluralismo na profissão, a tendência modernizadora, a intenção de ruptura, e a reatualização do conservadorismo. A vertente modernizadora se homogeneizou até meados dos anos 70. Teve início nos seminários de Araxá (1967) e Teresópolis (1970), buscando modernizar o serviço social através do instrumento vigente da profissão. Ou seja, a categoria passou a questionar a sua atuação, esses questionamentos foram registrados nos documentos de Araxá, Teresópolis, Sumaré, Boa Vista e Belo Horizontes, que foram formulados a partir dos congressos realizados pela categoria profissional na década de 70 e 80, período de transformações políticas no Brasil.

Na década de 70, com a mobilização popular contra a ditadura militar, o Serviço Social revê seu objeto, e o define como a transformação social. Apesar do objeto equivocado, afinal a transformação social não se constitui em tarefa de nenhum profissional – é uma função de partidos políticos; o que este objeto, efetivamente, representou foi a busca, por assistentes sociais, de um vínculo orgânico com as classes subalternizadas e exploradas pelo capital. E é esta postura política que tem marcado os debates do Serviço Social até os dias atuais (ABESS/CEDEPSS, 1996).

O serviço social para Netto (2001) é tido como elemento dinamizador e integrador do processo de desenvolvimento. O Movimento de Reconceituação *a priori* optou por uma linha claramente desenvolvimentista e posteriormente influenciada por uma tendência mais crítica.

A segunda vertente apresenta uma intenção de ruptura com o Serviço Social Tradicional. Por meio de um pequeno grupo de vanguarda (NETTO, 2001, p.247). Essa intenção remeteu a profissão à análise de sua inserção na sociedade, gerando um inconformismo tanto em relação à fundamentação teórica quanto prática, provocando debates e questionamento acerca da profissão em meio as mudanças econômicas, políticas e sociais na sociedade, como consequência do capitalismo mundial que impôs para América Latina seu modelo de dominação, que acabou por gerar ainda mais exploração e exclusão.

A vertente da reatualização do conservadorismo buscou formas diferenciadas para realização da ação profissional. Nos anos 80, como já mencionado anteriormente, a teoria social de Marx é incorporada por segmentos da categoria profissional. A prática profissional é composta por outras estratégias, bem como a assessoria a população, educação popular, e práticas de assistência. É no auge desse debate, ao longo dos anos, que o serviço social passa a definir uma concepção mais crítica da sua inserção no mundo do trabalho.

O referencial marxista a partir dos anos 80, avançando os anos 90, direciona o

pensamento e ação do serviço social no Brasil, permeando as ações voltadas para formação dos assistentes sociais, resultando no currículo de 1982⁷. Este debate foi decisivo na construção das atuais diretrizes curriculares, está presente em eventos acadêmicos, congressos, encontros e seminários, bem como orientam em seus fundamentos ético-políticos a regulamentação da profissão e o código de ética. Toda essa realidade da profissão ganha visibilidade, facilitando o ressignificado da profissão. Com isso, busca-se uma constante ruptura com a trajetória conservadora. A trajetória da profissão é vista com muitas dificuldades, limites e desafios uma vez que as influências e apropriações do referencial teórico fez com que o serviço social, nos anos de 1980, negasse a dimensão instrumental da profissão. Após o retorno do pensamento marxista às bases da profissão, a perspectiva dialética auxilia na análise mais coerente com a realidade brasileira, facilitando o processo de mediações necessárias para uma perspectiva de totalidade. O serviço social então passa a construir seu projeto ético-político possibilitando um novo olhar para sua dimensão interventiva.

2.4 A CONSTRUÇÃO DO PROJETO ÉTICO POLÍTICO

A partir da década de 80, ocorreram várias mudanças na profissão, colocando em evidência a necessidade de conhecer e acompanhar as transformações econômicas, políticas e sociais do mundo, do Estado vigente e do Brasil. Em meados dos anos 90, as consequências capitalistas excludentes e destrutivas, ocorridas no modelo de globalização, contribuíram para a precária e subalterna ação do trabalho dentro da ordem do mercado, para fracasso dos direitos sociais, econômicos e civis, eliminando a estrutura e a responsabilidade do Estado no que diz respeito à questão social, atingindo assim a classe trabalhadora, com a privatização dos serviços públicos o que acaba por rebater diretamente nos profissionais de Serviço Social.

As duas últimas décadas do século XX foram importantes no que diz respeito aos novos rumos profissionais do Serviço Social. As longas manifestações decorrentes das expressões da questão social, influenciadas pelas várias crises econômicas e políticas, exigiu do profissional certa adequação a essas demandas postas pela sociedade e pelo Estado brasileiro. Essa época marcou profundamente o desenvolvimento da profissão mediante um

⁷ No âmbito da formação profissional, busca-se a ultrapassagem do tradicionalismo teórico-metodológico e ético-político, com a revisão curricular de 1982. Supera-se, na formação, a metodologia tripartite e dissemina-se a ideia da junção entre a técnica e o político. Há ainda a democratização das entidades da categoria, com a superação da lógica cartorial pelo Conjunto CFESS/CRESS, que conquista destaque no processo de consolidação do projeto ético-político do Serviço Social.

dos momentos mais importantes que foi a rejeição e crítica do conservadorismo nos rumos da profissão.

Na década de 90 foi instituído o projeto ético-político do Serviço Social, sendo ele o fruto de uma organização coletiva e de uma busca de maturidade que viabilizaria a profissão na elaboração de respostas para as demandas da questão social.

Para Netto (2000, p.104) é um projeto que é parte de um “processo em contínuos desdobramentos, flexível, contudo sem descaracterizar seus eixos fundamentais” Comprometido com princípios e ideais, tendo como fundamento o reconhecimento da liberdade como meio de escolher alternativas de vida, buscando-se com isso o compromisso com a autonomia, a equidade, a socialização da política e da riqueza socialmente produzida em pleno desenvolvimento de seus usuários.

Os assistentes sociais, para Santana (2000, p. 80), até o final dos anos 70 estão preocupados com a modernização do país e da profissão, passando a assumir uma colocação favorável e predominante à reprodução das relações sociais. E é na essência do processo de renovação do serviço social que flui as ideias mediante a construção do projeto ético-político do serviço social. Esse projeto profissional conforme o Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) foi construído de forma coletiva com assistentes sociais de todos os segmentos, materializando assim o Código de ética do Assistente Social, que foi aprovado no dia 13/03/1993 junto a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662 de 07/06/1993) a proposta das Diretrizes Curriculares para a formação profissional em serviço social em 08/11/996, as legislações sociais que referenciaram o exercício profissional se vinculando a garantia de direitos, assim como: o ECA em 1990, a LOAS em 1993 e a Lei orgânica de Saúde em 1990.

Conforme Guerra (2007, p. 37) nos anos 90 verifica-se a maturidade ao Projeto ético político do serviço social no Brasil, apresentando sua referência teórica hegemônica na tradição marxista. Corroborando as ideias de Netto (1996) esse projeto profissional é resultado de um momento histórico e fruto de movimentos e lutas pela democratização da sociedade brasileira, destacando ainda as lutas operárias que impulsionaram a crise da ditadura “coroando esforços coletivos e a politização progressiva da vanguarda da categoria” (NETTO, 1996, p.108).

A categoria profissional no decorrer dos anos foi questionada pela prática política de diferentes segmentos da sociedade, no que diz respeito aos movimentos sociais e as lutas em torno da aprovação da Carta Constitucional de 1988 e pela defesa do Estado de Direito, não atuando como apenas expectadora dos acontecimentos. Com isso a profissão avançou, construindo momentos históricos com sua participação efetiva, gerenciando as políticas

sociais e viabilizando a construção dos direitos sociais, conquistando o que Netto (1996) denomina “maturação profissional”.

É elementar que a profissão ao longo de sua trajetória avançou muito em formação acadêmica e em presença política na sociedade, construindo, sobretudo uma categoria pesquisadora, reconhecida no mundo.

2.5 O SERVIÇO SOCIAL CONTEMPORÂNEO

Atualmente, o serviço social se depara cada vez mais com o desafio de compreender e intervir de forma concreta nas transformações da sociedade, bem como nas expressões da questão social, que se apresentam de diversas formas: discriminação, precarização do trabalho, desemprego, fome, violência, e outras formas que colaboram para a exclusão do indivíduo na sociedade. Como afirma Barroco (2003, p.180), “na entrada da década de 1990 é evidente o amadurecimento de um vetor de ruptura não significando que a profissão tenha alcançado uma nova legitimidade junto às classes subalternas.” A questão ética se apresenta no início de 1990 como um tema importante para a profissão, pois passaram a surgir mobilizações reivindicando a ética na política, roubando a atenção nos cursos, encontros, publicações e meios de comunicação, atingindo assim a população.

A construção de um projeto ético político caracterizou o rompimento com o conservadorismo do serviço social, propondo então um novo projeto profissional que se aproximasse de um dos projetos societários em disputa. Por essas razões, o projeto ético político do serviço social se caracteriza por determinantes socio-históricos e pela dimensão política baseada no compromisso com a classe trabalhadora. Com a aprovação do Código de ética em 1993 a categoria passa a articular os compromissos ético-políticos com o exercício da prática profissional, estabelecendo mediações entre o projeto profissional e um projeto societário. Os projetos profissionais para Netto (2000) se traduzem numa construção coletiva de uma categoria, retratando sua imagem profissional.

Os projetos profissionais apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas (entre estas, também e destacadamente com o Estado, ao qual coube, historicamente, o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais) (NETTO, 2000, p.95).

Sendo assim, a elaboração de um projeto profissional para a sociedade é “uma demanda dos segmentos da sociedade que recebem os serviços prestados pelo assistente social, e não apenas uma condição de grupos ou do coletivo profissional” (GUERRA, 2007, p.9).

Esse projeto então vem reafirmar o compromisso da categoria junto de um projeto societário, que apontasse a construção de uma nova ordem de sociedade, sem exploração e dominação, tendo como centralidade a liberdade do indivíduo, a liberdade de escolhas, reforçando assim sua autonomia. A concretização dos valores estabelecidos no projeto ético político do serviço social acontece por intermédio do protagonismo da classe trabalhadora, que ganha força e representatividade nos espaços públicos, ampliando seu conhecimento sobre os direitos e interesses em jogo.

O compromisso da categoria com relação ao projeto ético político também assumiu o desafio da competência profissional, embasando-se no aprimoramento da formação teórica e técnica do assistente social, fundamentando, para Netto (2000, p.105) uma “formação acadêmica qualificada, alicerçada em concepções teórico-metodológicas críticas e sólidas, capazes de viabilizar uma análise concreta da realidade social” possibilita um processo de “constante postura investigativa” e de intervenção mais qualificada.

Com relação à efetivação do projeto profissional nos serviços prestados aos usuários do Serviço Social é importante o compromisso com a qualidade desses serviços prestados, a democratização dos recursos a ele direcionados e a concretização de fato. Sendo assim, para a consolidação é necessário a organização da categoria articulando-se com outras categorias profissionais, assumindo compromissos e princípios fundamentais, com tudo de uma relação sólida com a sociedade na luta pela garantia dos direitos, sendo eles, políticos, civis ou sociais.

Em concordância com Yamamoto (2001, p. 141) é preciso “remar na contracorrente, andar contravento, alinhando forças que impulsionem mudanças na rota dos ventos e das marés na vida em sociedade”. O projeto se consolidou no interior da categoria do serviço social, consolidando suas raízes na vida social brasileira, como corrobora Netto (2000, p.106), “A construção deste projeto profissional acompanha o movimento democrático e popular que progressivamente causou tensões na sociedade brasileira, lembrando a derrota da ditadura e a promulgação da Constituição de 1988, que marcou um movimento democrático e popular na sociedade brasileira”.

Em contrapartida à efetivação do projeto ético político do serviço social, bem como o avanço dos processos econômicos e políticos de raiz neoliberal, ocasionou mudanças

estruturais propostas pelo capital colidindo com os princípios do projeto profissional. O período do neoliberalismo trouxe consigo uma política de destruição do Estado, privatizando as instituições públicas, precarizando os direitos sociais e imposição das relações econômicas frente às expressões da questão social.

Portanto, em meio a tanta adversidade que ocorre na sociedade, é necessário o constante aprimoramento no projeto ético político social contemporâneo, bem como o apoio da categoria junto aos movimentos populares, facilitando assim o acesso a políticas e programas sociais que nada mais são direitos desses trabalhadores, uma vez que foram eles os responsáveis por esta conquista. Como afirma Santana (2000, p.90) a relevância do processo formativo, torna-se um determinante para a consecução do projeto ético-político da profissão. O serviço social no decorrer de sua trajetória como já mencionado nasceu e conviveu num sistema capitalista. Enquanto profissão, em determinados contextos históricos, buscou criar estratégias de minimizar as manifestações populares face às expressões da questão social, mediante ações assistencialistas e clientelistas, porém sem questionar as bases dominantes que causavam as desigualdades sociais. A releitura do trabalho do assistente social exigiu ruptura com pensamentos ideológicos e com as determinações da classe dominante. Por essas razões é importante um profissional propositivo, crítico e reflexivo com competência para realização de ações profissionais que envolvem planejamentos, negociações, pesquisas, incentivo ao protagonismo dos usuários, e avaliação de programas sociais de qualidade (IAMAMOTO, 2001, p. 144).

Pode-se perceber que o Assistente Social precisa estar em constante qualificação e aprimoramento, não abrindo mão de um olhar crítico para a atual conjuntura, além disso, decifrar as diversas demandas que atravessam o campo profissional. Para Guerra (2007, p.27) “O atual projeto remete a um novo modo de operar a profissão, pressupondo a crítica sobre as condições e relações do seu exercício profissional”. Nesse sentido, é indispensável uma intervenção reflexiva e que produza resultados, articulando postura, valores e o saber profissional, fazendo assim com que o projeto produza respostas concretas para uma democracia, indicando meios de concretização.

É inegável que o projeto ético político do serviço social só se consolidará à medida que se tornem claros os objetivos da profissão, quando o seu referencial teórico metodológico permitir uma crítica do cotidiano, levando em conta a ordem burguesa e os fundamentos conservadores que permeiam a profissão.

A profissão deu um salto de qualidade e ganhou visibilidade junto à população usuária, bem como avançou na sua produção acadêmica impulsionando a pesquisa social. Na

década de 90 os profissionais de serviço social ingressam como categoria pesquisadora, ganhando o reconhecimento dos órgãos de fomento à pesquisa. Dentre as produções que ganham espaço nas pesquisas de assistentes sociais, houve muitas discussões em torno de temáticas como políticas públicas instituídas, sendo um dos objetos principais a assistência social como direito social, relações do estado e sociedade, contribuindo ainda mais para intensificar as reflexões em torno da identidade profissional, buscando fortalecer o reconhecimento externo à profissão.

Em 1998 a nova reforma do projeto de formação da profissão motivou a participação e mobilização da revisão curricular implementada em 1982, fruto de uma discussão coletiva. No meio universitário buscou-se uma formação generalista contribuindo para o entendimento das inquietações metodológicas do fazer profissional. A partir dos anos 90 a formação profissional passa a ser essencial, o projeto curricular foi elaborado e aprovado pelos devidos órgãos da categoria, sendo um dos principais a ABESS⁸ (Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social, propondo um novo currículo). Conforme ABEPSS (1997, p.63) Herdeira da ditadura militar e de seu projeto de modernização conservadora, a categoria dos assistentes sociais emerge na cena social no processo de “transição democrática” com um novo perfil acadêmico profissional, que representa um salto de qualidade na trajetória do desenvolvimento profissional (IAMAMOTO, 1998, p.103).

Nos anos 70 e 80 a profissão implementa a pós graduação em serviço social, especialização, mestrado e inicia o nível de doutorado. Hoje é possível reconhecer a força que a profissão veio conquistando ao longo dos anos juntamente aos órgãos de pesquisa, recebendo o apoio de seus órgãos de representação ressaltando a ABEPSS.

Para a categoria, fica a missão de preparar cada vez mais profissionais com competência para lidar com as contradições das demandas apresentadas e com o compromisso de certificar a qualidade de formação, pois sem dúvida isso contribui para a intervenção, evitando a burocracia, o tecnicismo na profissão. Sem dúvidas esse desafio que irá permear o projeto de formação dos assistentes sociais no decorrer de sua trajetória acadêmico-profissional é uma luta constante por posicionamento ético-político contra a alienação profissional que está vinculada ao mundo capitalista, visando romper a subordinação e dependência, mantendo-se firme na esperança e na construção de uma nova sociedade, mais justa e igualitária. Essas relações serão abordadas nos próximos capítulos e na pesquisa documental.

⁸ Transforma-se em ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, por decisão de assembleia reunida em sua Convenção de Recife em 1995.

Capítulo 3

3.0 ANÁLISE DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL

Esse capítulo discutirá o trabalho profissional do Assistente Social no hospital Regional do Litoral a partir dos resultados da pesquisa realizada com os técnicos e auxiliares do hospital que demandam a ação do Serviço Social e também contemplará reflexões das Assistente Sociais frente a esse desafio. Para tanto serão apresentados aspectos que envolvem a atuação no cotidiano profissional, as demandas inerentes a profissão, as condições de trabalho, a cobrança dos setores, as problemáticas do cotidiano profissional, bem como as competências exigidas pelos profissionais da instituição. Abordará ainda, elementos da formação profissional que subsidiam o atendimento das demandas cotidianas e a percepção da teoria/prática na atuação profissional.

3.1 O CAMINHO METODOLÓGICO PARA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL

Com os dados apresentados a seguir, a pesquisa visou conhecer como se configura a atuação do Assistente Social no Hospital Regional do Litoral, se condiz com as leis regulamentadoras da profissão e quais são as suas condições de trabalho. Para tanto, o primeiro aspecto a ser abordado trata da inserção do assistente social em espaços públicos, focando a área da saúde e refletindo-se a partir da realidade do Serviço Social no Hospital em Paranaguá hoje.

Na saúde pública brasileira o Serviço Social representou a necessidade de intervenção do assistente social nas políticas de reprodução social, reconhecendo então que a saúde possuía seus determinantes sociais, mas também que muitos desses determinantes eram tratados isoladamente. Isso caracterizou uma ação informal de atendimentos de “casos sociais”. O Serviço Social se operacionalizou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária – maior empregador dos profissionais.

A década de 1980 como abordado anteriormente foi fundamental para o entendimento da profissão hoje, pois significou o início da maturidade da tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria, a denominada "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 (Netto, 1993 e Bravo, 1996).

Apesar de existir uma série de reflexões sobre o cotidiano profissional na saúde, ainda se faz necessário à busca de uma fundamentação e consolidação teórica, pois houve poucas mudanças no cotidiano da intervenção profissional. Para se avançar, é fundamental rediscutir o processo de ruptura da profissão. Sendo a intervenção profissional uma prioridade, uma vez que poucas alterações são visíveis no cotidiano dos serviços. Este fato rebate na atuação do Serviço Social, inclusive na área da saúde.

O setor de Serviço Social no Hospital Regional do Litoral, em Paranaguá exige que o atendimento do profissional seja feito diariamente em regime de escala 12x36, pela complexidade das suas demandas, as quais se realizam através de orientações aos usuários/familiares e encaminhamentos.

Foi possível observar durante o período de estágio obrigatório do curso que os pacientes, familiares e acompanhantes são encaminhados com frequência ao serviço social, não em busca de orientações sobre acesso aos direitos, mas sim em busca de atendimentos pertinentes a outros setores, como enfermagem e recepção, por exemplo.

A tabela abaixo ilustra a média de atendimentos, especificamente do Serviço Social, realizado por ano no HRL:

| MÊS | Número de Atendimentos | MÊS | Número de Atendimentos |
|--|-------------------------------|------------|-------------------------------|
| Janeiro | 1.940 | Julho | 2.191 |
| Fevereiro | 1.622 | Agosto | 1.989 |
| Março | 2.059 | Setembro | 1.672 |
| Abril | 1.496 | Outubro | 2.128 |
| Maior | 1.983 | Novembro | 1.677 |
| Junho | 1.628 | Dezembro | 1.768 |
| Total de atendimento no ano: 22.153 | | | |

*Dados extraídos da estatística anual do setor

Dessa forma, as mediações realizadas pelo serviço social são em grande parte voltadas para demandas não exclusivas do setor. Neste sentido, identifica-se um acúmulo de demandas oriundas de outras áreas que acabam por sobrecarregar o setor. Constata-se, portanto, que a falta de conhecimento sobre o setor e a falha na comunicação por parte dos funcionários, usuários e familiares dos pacientes do Hospital Regional do Litoral, acabam por direcionar ao serviço social demandas que não lhe pertencem, tais como: Autorizações para troca de

acompanhante e visitas fora do horário estipulado pela Administração do Hospital; Liberação para acompanhar alta do paciente, acompanhar visita médica, entrega de pertences, auxílio no banho, assuntos gerais; Orientações sobre procedimentos clínicos do paciente a pedido do médico; Liberação de alimentação para acompanhantes; Intermediação família-médico-enfermagem com relação a horários para obtenção de informações clínicas, localização e estado do paciente; Autorização para travessia na ponte do Valadares⁹.

O profissional então acaba intermediando essa comunicação, a qual seria desnecessária se houvesse a compreensão da função do Serviço Social.

As atividades que os Assistentes Sociais desenvolvem na área da saúde, se dirige à suprir as deficiências da estrutura da gestão pertinente à área, ao longo de sua história. Houve poucas mudanças visando à superação dessas deficiências, detectadas no decorrer da atuação profissional no âmbito do Hospital Regional do Litoral.

Com o avanço da medicina, a diminuição da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida dos usuários, amplia-se a demanda por atendimentos na área de saúde, agravando esta situação, reforçando assim a atuação do Serviço Social no papel de mediador entre o usuário e os problemas deste sistema, em suas lacunas.

Percebe-se que o Serviço Social se constitui, muitas vezes, como o único elo entre família/hospital/médico, viabilizando assim o acesso da população a procedimentos, normas, rotinas e informações da instituição hospitalar, facilitando ou amenizando o processo difícil e muitas vezes traumático que é o de estar internado, ou ser familiar de alguém que está em atendimento hospitalar.

Os Assistentes Sociais têm presente que as atividades desenvolvidas cotidianamente nos Hospitais fazem parte de um fazer profissional não reflexivo, preocupado em dar resposta à demanda, em viabilizar o acesso da população ao atendimento, buscando, assim, minimizar as deficiências do Sistema, tendo presente que um dos fatores que mais estressam o profissional de Serviço Social e que dificultam sua atuação é a grande demanda e, principalmente, a postura pouco comprometida assumida por alguns profissionais da área médica no atendimento à população. Os demais profissionais da área da saúde encaminham para o Serviço Social aquilo que não conseguem resolver ou que não têm tempo para fazê-lo. O profissional de Serviço Social trabalha com questões que não são reconhecidas como de importância para a sociedade, por não se revestirem de caráter de relevância na ordem sócio econômica (WITIUK, 2003, p.12).

⁹ Valadares é uma ilha urbanizada em Paranaguá, cujo acesso se dá via ponte onde só passam pedestres e ciclistas, para ambulâncias e carros se utiliza a balsa onde é cobrada uma taxa. A autorização é para liberar a passagem da balsa gratuitamente.

É necessária a busca pela compreensão do exercício profissional, enquanto agente institucionalizado e as implicações no espaço organizacional onde se insere como uma forma de subsidiar uma análise da instituição.

WITIUK (2003) afirma que a ausência de criticidade conduz o Serviço Social, à vulgarização pela aceitação passiva de tarefas atribuídas por outros profissionais e não profissionais, dificultando o encontro com o que possa conduzir-se à substância da profissão. Além de suas tarefas serem muitas vezes definidas por terceiros ou por instâncias não diretamente vinculadas a atuação profissional na instituição, elas têm, via de regra, caráter de urgência na operacionalização e de providencialismo, conferindo, com isso, ao assistente social, a característica de que deve estar em contínua prontidão para agir, acentuando o imediatismo e a improvisação no seu trabalho.

3.2 ANÁLISE DOS DADOS: OLHARES DOS PROFISSIONAIS A PARTIR DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

Apresentamos até o momento um estudo sobre a trajetória histórica do serviço social e os elementos constitutivos do trabalho do assistente social na política pública de saúde, particularizando a atuação no HRL.

É importante esclarecer nesse momento do trabalho que os entrevistados em nossa pesquisa foram homens e mulheres que possuem uma faixa etária entre 25 e 45 anos. Foi estabelecido com eles a preservação de nomes e idade, dessa forma, identificamos os profissionais entrevistados por escolaridade, sendo ESC - Ensino superior completo; EMC - Ensino médio completo e EMI - Ensino médio incompleto.

No caso dos profissionais de Serviço Social, identificamos por: AS1; AS2 e AS3. É válido salientar que os profissionais e os superiores a estes deram total consentimento de apresentação do conteúdo das entrevistas. O tempo de atuação dos profissionais no HRL varia entre 1 a 5 anos. Quanto à carga horária, todos, inclusive os assistentes sociais, cumprem uma escala de 12x36 horas. Nenhuma das assistentes sociais trabalha 30 horas semanais, como previsto na Lei 12.317/2010, aprovada em 26 de agosto de 2010.

O vínculo empregatício desses profissionais é estatutário, com acesso à carreira via concurso público do Estado, subordinados à Secretaria Estadual de Saúde - SESA. Cabe ressaltar que apesar do fluxo intenso de atividades do hospital, todos se dispuseram a realizar a entrevista.

Neste subitem pretendemos apreender, a partir das falas dos profissionais de saúde que mais demandam o serviço social no HRL, discutindo suas experiências e expectativas com o setor. Para iniciarmos o debate é importante compreendermos as impressões gerais da equipe alvo da pesquisa, que são os enfermeiros, psicólogos, auxiliares administrativos e vigilantes, objetivando apreender nessas falas como está se dando o processo de trabalho do serviço social, quais percepções têm sobre ele, se concordam com a dinâmica de trabalho, quantas vezes demandam o setor, como é o retorno e quais são as suas expectativas com relação ao trabalho do serviço social na instituição.

Ao solicitarmos dos profissionais que descrevessem sua rotina diária com o serviço social, bem como suas expectativas e demandas mais recorrentes no cotidiano do seu trabalho com relação ao setor, as respostas dadas pelos entrevistados, foram similares, havendo pequena diferença entre uma e outra. Essas diferenças foram percebidas apenas com relação a cada área desses profissionais, por exemplo, os profissionais de enfermagem por tratar diariamente do paciente, possuem expectativas com relação a um trabalho social mais direto com esses, os de psicologia acham que os A.S deveriam assumir seu papel social dando um suporte maior a família, agindo com intervenções não apenas quando solicitado, os auxiliares administrativos e vigilantes por sua vez tem expectativas do setor com relação aos encaminhamentos, uma vez encaminhada a demanda ao setor eles tem de resolver e não devolvê-la. Percebemos através das respostas que os profissionais demandam o serviço social todos os dias, exceto três que relataram não obter retorno dos seus encaminhamentos, conforme resposta:

Uma ou duas vezes ao mês, ao máximo. Sou mais demandada pelo serviço social do que eles por mim. Utilizo o serviço social quando há necessidade de contato com familiares de pacientes. Tais demandas não são minhas, normalmente são do médico assistente ou enfermeiro do setor, mas tais profissionais demandam a psicologia, pois atuo na estrutura multidisciplinar (ESC).

Não solicito mais, não adianta, apenas quando o paciente quer falar com o assistente social, tudo que podemos resolver a gente mesmo resolve (EMC).

Não demando mais o serviço social, não adianta (EMC).

Sabermos que a conduta do serviço social é evitar atendimentos tentamos resolver ao máximo o problema do usuário ou familiar na recepção mesmo. Quando não consigo, encaminho ao serviço social que por sua vez manda-o de volta igual um 'João bobo'. Pouquíssimas vezes os veem realizando um atendimento social ate o final, sem encaminhar pra outros (EMC).

Sobre esse contexto, a relevância de esclarecer o processo de trabalho desses profissionais no Hospital, para confirmar esses equívocos nos encaminhamentos direcionados ao setor foi realizado durante o período de estágio obrigatório um levantamento dos atendimentos realizados pelo Serviço Social do HRL que contemplou todas as demandas que surgiram durante o ano. Apesar do levantamento evidenciar a quantidade de atendimento que o Serviço Social realiza e confirmar as demandas que não são atribuições do Assistente Social, a fala dos funcionários durante as entrevistas relata o contrário dissociando os encaminhamentos feitos mostrando ainda o descontento com relação a efetividade na ação encaminhada ao setor.

Os dados coletados comprovam que os assistentes Sociais passam grande parte do seu tempo orientando usuários, familiares e outros sobre Auxílio/ benefícios/ informações sobre horários de visita orientações sobre idade/necessidade de acompanhante outra parte liberando troca de acompanhante e visitas, fora do horário estipulado pela Administração do Hospital, e outras liberações referentes à entrega de pertences, auxílio no banho, além de facilitar o transporte para realização de exame particular, intermediar a comunicação entre paciente – médico – família – funcionários (Horários para conversar com o médico/ aviso sobre localização do paciente/ autorizações da enfermagem), informar a família sobre estado e localização dos pacientes (contato com a enfermagem do hospital e médicos para saber) entre outras demandas citadas no trabalho. As ações demandadas pelos profissionais de outras áreas do Hospital Regional do Litoral fogem das competências do assistente social, porque não estão previstas na legislação profissional, tanto na Lei de regulamentação da profissão¹⁰ quanto no código de ética¹¹. São diversas situações condizentes e não a ação profissional que chega até o setor seja ela por encaminhamento dos próprios funcionários do HRL ou por demanda espontânea dos pacientes. Entretanto, o serviço social tem se posicionado em algumas situações, devolvendo os encaminhamentos aos respectivos setores, o que acaba por gerar esses descompassos. Como afirma Vasconcellos (2003) O serviço social é solicitado na intermediação e facilidade no acesso a estes serviços/recursos/profissionais. Alegando desinformação da população – o que a leva a apresentar sua demanda no lugar errado.

Sobre as demandas do cotidiano, Netto (1999) aborda como amplas, difusas, diferenciadas e imediatas, sendo que, algumas vezes, os profissionais acabam por encaminhá-las de forma superficial. É por isto que os profissionais devem recorrer a outros meios, como a política, a ética, a ciência e mesmo o trabalho para construir sua autonomia.

¹⁰ Regulamentação da Profissão, LEI Nº 8.662, 07 de Junho de 1993.

¹¹ Código de Ética do Assistente Social / Resolução CFESS n. 273, de 13 de março de 1993.

Como o fluxo do Serviço Social no HRL é considerado grande, exige-se que o profissional dê respostas imediatas, independentemente da complexidade das demandas, do usuário, dos familiares ou dos profissionais, sendo resolvidas também no imediato, deixando de conhecer as particularidades de cada demanda. Fatores que sustentam ainda mais a necessidade de uma formação de qualidade, preparando o profissional para enfrentar esses desafios que a sociedade impõe não o tornando um profissional burocrático, imediatista, que deixe de perceber, o que Vasconcellos (2003, p.187) chama de demandas implícitas e explícitas.

Ainda no sentido de apreender o conhecimento desses profissionais com relação ao setor, visou explorar mais a percepção destes com relação ao serviço social hospitalar, bem como sua compreensão com relação às atribuições formalmente definidas ao Assistente Social no HRL e buscou entender como se dá o processo de encaminhamento ao setor, se existe alguma dinâmica de análise e avaliação do caso antes de decidir pelo encaminhamento ao Serviço Social.

A partir desses elementos, norteadores das perguntas da entrevista, os profissionais demonstram sua visão sobre o setor e dinâmica de trabalho, relatando ainda uma certa dificuldade para desenvolver um trabalho em conjunto. A maioria dos entrevistados foram similares em suas respostas, relatando o seguinte:

Acho que poderiam ser mais atuantes, mais próximas da equipe multidisciplinar, cada vez mais se isolam em seu espaço privado e reduzem mais suas atribuições, não regula visita como antigamente, agora é o administrativo, solicitação de transportes agora é a enfermagem, pertences do paciente atualmente é trabalho da enfermagem e também chamam funcionários de outros serviços para fazer o seu, levar acompanhante, por exemplo (ESC).

O serviço social deveria estar mais presente com a equipe e com os pacientes todos os dias como no início, hoje em dia não se vê esse interesse do assistente social com o paciente (EMC).

Parece ser muito isolado, abandonado, não tem o devido valor na ação desempenhada. Deveriam olhar mais para isso, pois é um serviço importante (EMC).

Às vezes deixam muito a desejar na questão do atendimento. Digo na questão de preparo, respeito, e ter o mínimo de paciência com as pessoas (EMC).

Atende a expectativa quando prontamente resolvem soluções. Falta a desejar interação com outros setores (ESC).

Com relação a essa abordagem, dos profissionais entrevistados, apenas um concordou com a dinâmica de trabalho juntamente do Serviço Social, dizendo o seguinte: Acho importante, pois pelo menos tem um pouco mais de controle com as situações que ocorrem no hospital. Talvez, sem o serviço social iria virar uma bagunça no sistema de atendimento do hospital (EMC).

Pode-se perceber a partir do que foi relatado a falta de uma dinâmica de trabalho integrada, de comunicação entre os setores. A gênese da profissão esta ligada ao trabalho coletivo, desenvolvido pelas primeiras assistentes sociais para intervir nas expressões da questão social. Nos relatos fica claro que a equipe multiprofissional não consegue compreender a importância do trabalho coletivo principalmente com relação ao Serviço Social, muito menos, a importância das redes que podem ser estabelecidas ou acionadas, tentando garantir a efetivação os direitos dos cidadãos. O setor em sua dimensão faz orientações e encaminhamentos gerais sobre direitos, acionando as redes de proteção social, básica e especializada, e demais órgãos competentes, viabiliza contatos necessários e encaminhamentos ao paciente com vínculos familiares rompidos ou em situação de abandono aos Asilos e Albergues da região o contato com outras redes e instituições varia conforme a demanda trazida pelo usuário.

Segundo Iamamoto (2009), o assistente social não realiza seu trabalho sozinho, mas sim como parte de um trabalho combinado ou de um trabalho coletivo que forma uma grande equipe de trabalho, sua inserção na esfera do trabalho é parte de um conjunto de especialidades que são acionadas em conjunto para a realização dos fins das instituições empregadoras, sejam empresas públicas ou privadas. Os limites de atuação do Assistente Social são impostos pela instituição empregadora e essa situação ocorre desde a inserção dos primeiros assistentes sociais nos mais variados campos de atuação. Ao serem contratados, seus empregadores prontamente direcionavam a sua maneira de atuar, voltando sua atuação profissional a uma ação beneficiária que somasse ao crescimento do capital. É fundamental que este profissional e os demais que com quem atuam no dia-a-dia tenham conhecimento da sua rotina de trabalho e não se submetam a imposições, ou então, este não conseguirá atender as demandas, trazidas pelos usuários.

Ainda nesse sentido os profissionais responderam quais situações acha que o serviço social deveria ser mais atuante. Nota-se, a partir das respostas, que há uma confusão em relação ao entendimento sobre possibilidades e limites da atuação do Assistente Social nesse espaço, tendo em vista que esses limites são encontrados nas mais diversas áreas de atuação, o desconhecimento da profissão seja por parte da equipe ou do usuário. Vejamos os relatos dos profissionais que atuam na equipe multidisciplinar do HRL:

Demandamos todos os dias o serviço social. Em um hospital que o fluxo é 24 horas, a qualquer momento pode aparecer situações. O Serviço Social deveria ter mais profissionais trabalhando (ESC).

Quase sempre eles não resolvem o caso e estão sempre encaminhando para outros setores, pelo que percebo a intenção do serviço social não é finalizar o atendimento e dar um resultado satisfatório a família do paciente, mas sim se ver livre da situação o mais rápido possível (EMC).

Percebemos que certas atividades não são obrigação de outros setores que atuam no cuidado, atendimento e orientação a pacientes e familiares. Todos os funcionários têm deveres e devem efetuar suas práticas para o funcionamento adequado na instituição. A humanização é uma forma de atuação que prevê empatia, envolvimento. Dá trabalho e para atuar dentro deste modelo não podemos nos isolar e reduzir a abrangência do serviço e sim o exercício pleno na prática profissional (ESC).

Confirma-se com a fala desses profissionais, que o serviço social no HRL deve estar pronto para resolver as situações imediatas do cotidiano e é chamado nessas intervenções para resolvê-las prontamente, se por ventura devolvê-las a seu respectivo setor ou então recusar a demanda, são questionados enquanto atuação profissional. Algo questionável, pois existem obstáculos nesse espaço ocupacional, onde vários são os limites impostos para a efetivação dos direitos sociais. Além disso, a direção do HRL impede alguns questionamentos da categoria para que se dê continuidade à rotina evitando fluxos e desavenças. Sobre esta questão Montañó (2009) relata algumas observações, afirmando que o Serviço Social, ocupa um lugar na divisão sociotécnica do trabalho e desempenha funções de controle e apaziguamento da população em geral e das classes trabalhadoras em particular, contribuindo assim para a acumulação capitalista. O autor chama a atenção no sentido de que a atuação do assistente social não seria, pois, assim, tão tranquila, mas sim marcada por contradições e desafios. Com relação ao exercício profissional Vasconcellos diz:

O serviço social vem desenvolvendo um trabalho baseado exclusivamente na demanda espontânea e numa demanda encaminhada por outros profissionais, os quais centram a questão da saúde na figura do médico, considerando qualquer outra questão subordinada e/ou complementar à prática médica. Na demanda espontânea, encaminhada ao serviço social e das demandas não percebidas pelos profissionais, usuários, e pelos próprios assistentes sociais. Desse modo, o assistente social, como qualquer outro trabalhador na saúde, - não por displicência ou negligência, mas porque frequentemente sem preparação ou com uma preparação teórica ética e política frágil - não tem condições de cogitar o óbvio; analisar a realidade na procura de suporte e fortalecimento na viabilização da política social redirecionada em favor dos usuários e da Saúde, tirar a realidade do anonimato, desvendá-la, publicizá-la diante do conjunto dos assistentes sociais e de todos é a base de sustentação para enfrentar, com altivez, segurança, firmeza, confiança e superioridade das propostas, o medo da demissão, a subalternidade diante dos demais profissionais de saúde, a inferioridade na apresentação de propostas, a submissão aos ditames institucionais suas políticas, seus programas, suas resoluções, suas ordens de serviço, seus atos normativos, que muitas vezes constroem os profissionais a ferir a ética (VASCONCELLOS, 2003, pag. 242).

Em concordância com a autora o fazer profissional vai ao encontro dos objetivos institucionais, os assistentes sociais então se deparam com duas questões a autonomia e a especificidade profissional, enfrentando os dilemas que ainda permeiam a prática. Observa-se cada vez mais os assistentes sociais envolvidos com alimentação de informações, encaminhamentos, desenvolvendo ações de acordo com a demanda diária e cada vez menos concentrados na realização de um processo interventivo, buscando ir além da demanda posta por cada usuário. Dessa forma essa prática vem limitando a intervenção profissional bem como alternativas para solução e possibilidades de definir e conhecer os próprios usuários. São contradições que o profissional enfrenta entre as demandas institucionais e dos usuários, os levando a estabelecer tensão com seu processo de trabalho frente à equipe multiprofissional. Os profissionais devem estar prontos para ir além dos processos institucionais, para então planejar e decidir ações que ‘movimente’ o campo da autonomia profissional, estabelecendo então prioridade nas suas intervenções.

Diante disso, os profissionais relataram seu conhecimento com relação ao serviço social hospitalar e as reais competências dos Assistentes Sociais, buscamos apreender através das falas o grau de entendimento desses profissionais com as leis, diretrizes curriculares da profissão. Quando se perguntou aos entrevistados sobre o que conhece das atribuições e funções formalmente definidas para o Serviço Social no âmbito do HRL e qual é a sua visão sobre o serviço social hospitalar, alguns demonstram dificuldade em responder, pois não tinham certeza até aquele momento sobre as atribuições legais, à medida que íamos conversando sobre a questão eles foram expondo suas opiniões.

Compreendo que o trabalho do assistente social é de facilitar o acesso dos pacientes e familiares aos seus direitos, seja como uma ponte entre os referidos e os profissionais (caso haja dificuldade de comunicação) como na informação dos usuários do SUS sobre seus direitos até atuando junto aos demais profissionais na discussão de casos, etc. (ESC).

O pouco entendimento que tenho do trabalho do assistente social, não existe atuação! Não sei se por falta de vontade do assistente social ou se por falta de assistente social no HRL para que eles desenvolvam seu trabalho (EMC).

Serviço social do HRL faz um trabalho importante, aproximado à família / paciente/ enfermagem/ corpo clínico/ atende casos de abandono em pediatria/ auxilia a encontrar acompanhante para pacientes/ faz prevalecer o estatuto da criança/ estatuto do idoso (ESC).

Não tenho conhecimento realmente de sua função porque tudo que mandamos lá eles nos devolvem, somos mais assistentes sociais que eles. É de péssima qualidade o atendimento prestado pelo serviço social ao invés de acalmar ou tranquilizar os familiares que estão em um momento difícil, acabam deixando-os mais nervosos e irritados transferindo sempre pra outros setores (EMC).

Não efetiva seu trabalho, deixa a desejar [...] Até hoje não sei o que o setor de assistência social faz (EMC).

A categoria profissional se encontra rodeada por diversos aspectos que a colocam em posições de autonomia limitada, dificultando no rompimento com a lógica do seu passado. A função do assistente social é delegada pelos profissionais do seu cotidiano, e se estes não tem conhecimento de suas atribuições irão delegar função inerente à profissão, acabando por configurar sua atuação. Podemos observar que apenas dois dos entrevistados, em suas respostas, tem ciência da atuação do assistente social, mesmo que superficialmente. E os demais, por não terem um conhecimento dos compromissos desses profissionais a favor dos usuários e na defesa de direitos, mantém a expectativa de que a atuação do assistente social reforce o conformismo e atitude passiva dos usuários, mesmo diante da negação de direitos ou da precariedade dos serviços que são oferecidos a eles.

Para que as atividades do assistente social, seja em âmbito público ou privado, sejam bem desenvolvidas é necessário que o profissional de serviço social, tenha como respaldo o código de ética da profissão de 1993, no qual estão organizadas as atribuições e competências do profissional, comprometimento com o projeto profissional da profissão, o qual irá eleger os valores que a legitimam socialmente, priorizar e delimitar seus objetivos e funções, articulando requisitos da instituição, teoria e prática.

Atualmente exige-se um profissional que seja mais do que um executor de demandas, mas um formulador e gestor de políticas públicas. Para tanto, é preciso que haja um rompimento com a atividade burocrática e rotineira, que reduz o trabalho do assistente social ao mero emprego. É preciso que o sujeito profissional tenha competência para propor, para negociar com a equipe multidisciplinar as suas atribuições e formas de atuação. Além disso, envolver a instituição nos seus projetos defendendo o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais. Por isso a importância de um profissional que vá além das rotinas institucionais e busque apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nelas presentes, que são passíveis de serem impulsionadas pelo profissional. O que Yamamoto (2009) entende como busca da construção de um novo perfil profissional afinado com a análise dos processos sociais, tanto em suas dimensões macroscópica quanto em suas manifestações cotidianas; um profissional criativo e inventivo, capaz de entender o “tempo presente, os homens presentes, a vida presente” e nela atuar, contribuindo, também para moldar os rumos de sua história.

Finalizando esta etapa, foi perguntada a equipe participante da pesquisa sugestões de melhoria para a comunicação e atuação entre os setores do HRL, entre as sugestões se destacam:

Um assistente social em cada posto pelo menos. Assim, pode dar uma atenção diária ao paciente (EMC).

A sugestão realmente é fazer busca ativa nos leitos (necessidade de acompanhante). O serviço social deveria ter mais profissionais para o serviço 24 h no hospital, o que não ocorre (ESC).

Eles deveriam ser mais humanos e realmente exercer sua função sem encaminhar para outros setores o que compete a eles (EMC).

Na resposta de alguns, notamos o reconhecimento das inúmeras demandas diárias que impossibilitam uma atuação efetiva com as necessidades de cada usuário, comprovando a necessidade de mais profissionais e menos encaminhamentos.

Nota-se a necessidade que a instituição tem de dar respostas imediatas aos atendimentos, independentemente se as respostas que estão sendo dadas condizem com a competência de cada profissional. É elementar que numa instituição dessa complexidade não se pode limitar-se somente ao seu fazer profissional sem olhar a necessidade de cada usuário primeiramente, porém o contexto muda quando esse olhar ou essa demanda é direcionado a tais profissionais tornando-o exclusivo de sua competência, ultrapassando assim os limites da profissão. Como podemos observar na fala dessa profissional “Devemos nos lembrar de que antes de tudo, em uma instituição os direitos a serem garantidos são os do usuário, e não de categorias profissionais” (ESC).

É preciso sim voltar o olhar para a efetivação dos direitos do usuário, mas não podemos deixar de lado a categoria em função das demandas emergentes e ferir o código de ética que rege a profissão. Dentre as sugestões relatadas uma merece ser destacada, pois demonstra exatamente a exigência da maioria dos auxiliares administrativos que demandam o serviço social todos os dias. “A sala de atendimento deveria ser próxima à recepção geral do hospital” (EMC). Ora para responder os encaminhamentos desses profissionais uma vez que acionam o serviço dos assistentes sociais para informações como:¹² horário de visita, autorização de acompanhante, autorização para entrega de pertences, autorização para travessia na ponte do Valadares, entre outras demandas não exclusivas do setor de serviço social. Vasconcellos (2003, p.174) afirma que nos plantões dos hospitais, os “usuários

¹² Informações extraídas do levantamento das demandas diárias do Serviço Social no HRL, realizado no período de estágio obrigatório. Ler na íntegra em apêndice.

demandam do serviço social inserção ou viabilização das rotinas, nos hospitais mudam-se as solicitações, mas a qualidade das demandas é a mesma: familiares de pacientes procuram o serviço social, principalmente para saber do quadro clínico do seu paciente, para realizar visita, ou seja, problemas relacionados à rotina hospitalar” e respostas que cabem a outros profissionais.

Por essas razões que se justifica o trabalho inerente à profissão, o acúmulo de demandas que o setor não dá conta de identificar com exclusividade, e o que essas demandas causam mediante a equipe na instituição e o trabalho profissional dos assistentes sociais.

3.3 ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO TRABALHO PROFISSIONAL – PERCEPÇÕES DOS ASSISTENTES SOCIAIS DO HRL

Nosso segundo eixo de análise abordará a percepção dos profissionais de serviço social frente às possibilidades e limites enfrentados pela categoria no HRL, na perspectiva de entender os entraves ligados às demandas postas na pesquisa anterior. As respostas dadas pelas profissionais foram similares. Nessa discussão, devemos trazer à margem da nossa análise, uma das questões mais polêmicas que norteia o Serviço Social, diante de tantas indagações sobre o trabalho do profissional de Serviço Social, não poderíamos deixar de falar sobre a relativa autonomia do profissional nesse campo de atuação.

Para Vasconcelos (2003), a questão colocada para os assistentes sociais, diante da complexidade da realidade, é de conhecer sob quais condições o Serviço Social tem possibilidade de contribuir na construção de formas de acesso aos recursos e informações sociais e culturais, tendo em vista uma nova forma de produção e reprodução social. Para que isso se torne possível, os assistentes sociais terão de avançar para além das medidas imediatas, destinadas somente a solucionar momentaneamente o que não tem solução.

Nas falas das profissionais entrevistadas, foram destacados os limites encontrados especificamente no HRL, bem como as possibilidades de desenvolverem seu trabalho e projetos com qualidade, e ir além disso. Mesmo com limites institucionais, que limitam a autonomia, o assistente social pode vislumbrar alternativas, capazes de assegurar uma mediação mais condizente com a efetivação dos direitos dos usuários. A fala da AS1 é exatamente nesse sentido. “o serviço social no HRL, na maioria dos atendimentos não consegue realizar ações que são realmente pertinentes à profissão, como projetos, pesquisas, estudos ou fortalecer espaços de participação dos usuários no processo saúde-doença. O serviço social atende situações mais emergentes, afetando até mesmo a qualidade dos

atendimentos, afetando também a garantia do direito de privacidade dos usuários na sala do serviço social [...] Alguns profissionais reconhecem a importância do serviço social e outros acabam confundindo o papel do assistente social”. Corroborando com as observações de Vasconcellos:

Os assistentes sociais que estão inseridos no atendimento de plantão alegam que não desenvolvem nenhum projeto, uma vez que no plantão o que realizam são atividades dispersas, não sistematizadas e/ou não programadas e nesse sentido desvalorizadas. Assim o plantão não está sendo considerado como atividade que necessita ser pensada, planejada, conseqüentemente é uma atividade que não porta condições de ser avaliada. Diante desse caráter que assume no serviço social, é histórico na profissão considerar a atividade de plantão como sendo destinada aos profissionais que “não gostam da profissão” e/ou que não tenham interesse em investir na sua carreira profissional (2003, p. 189).

A competência ético política dos Assistentes Sociais não fica restrita apenas à vontade política da instituição e à junção de valores, mas também na capacidade desses profissionais de tornar concretos esses valores através da apreensão, como uma unidade, das dimensões éticas, políticas, intelectuais e práticas (IAMAMOTO, 1999). Tal competência que está contida no Código de Ética e é determinada pelos valores de liberdade e de justiça social articulado à democracia (CFESS, 1997). Isso implica no desenvolvimento de ações estratégicas levando em consideração as condições objetivas da realidade da instituição, no intuito de ampliar os limites de atuação da categoria profissional.

Diante disso, foi perguntado as profissionais qual a compreensão com relação ao Serviço Social no HRL, como funciona a dinâmica de trabalho e se tem o reconhecimento da equipe multiprofissional, a resposta da AS2 explica traz uma abordagem parecida com as demais “O serviço social do HRL trabalha como mediador da relação estado-município-instituição-família e usuário. Tudo como objetivo fundamental desenvolver ações de humanização dos serviços, cumprindo os princípios do projeto ético político da profissão; presta atendimento aos usuários do SUS em relação a efetivação de benefícios facilitadores do tratamento, estando habilitados a propor, elaborar e executar ações (projetos, programas, etc.) em seu âmbito de atuação, intervém nas relações sociais que fazem parte do cotidiano da população usuária. A ação do Assistente Social no HRL ocorre por demanda por parte dos usuários ou de profissionais da instituição. Usuários, na minha concepção pacientes, familiares, amigos, conhecidos e também pessoas que procuram por informações, serviços que são de responsabilidade de outros órgãos e /ou municípios e não conseguiram obter no local. O serviço social no HRL não tem reconhecimento da equipe multidisciplinar nem da

direção. Apenas percebo reconhecimento por parte de ALGUNS profissionais (tec. em enfermagem e enfermeira), mas não é unanimidade”.

As competências direcionadas a categoria profissional de serviço social, segundo a ABEPSS (1996), permite a realização da análise crítica da realidade, para então estruturar seu trabalho e estabelecer as competências e atribuições específicas, necessárias ao enfrentamento das situações e demandas sociais e institucionais que se apresentam em seu cotidiano. As competências específicas dos assistentes sociais, no âmbito da Política de Saúde abrangem diversas dimensões interventivas¹³. É válido salientar que para a realização dessas competências e atribuições, requer-se do profissional a utilização de instrumentais adequados a cada situação social a ser enfrentada profissionalmente (CFESS, 2010).

Alinhar o processo de trabalho profissional de acordo com o estabelecido no Código de Ética e na lei que regulamenta a profissão exige de um profissional criticidade e capacidade de formular e avaliar propostas que apontem para a efetivação da autonomia no seu cotidiano profissional. Esses elementos possibilitam decifrar as situações particulares com que os assistentes sociais se deparam no seu trabalho.

Finalizando essa etapa da análise procuramos apreender a partir da fala das profissionais a importância do esclarecimento das atribuições do Assistente Social no âmbito Hospitalar aos profissionais do HRL, os relatos foram o seguinte:

É de extrema importância, tanto para os profissionais quanto para os usuários. O trabalho de orientação, socialização de informações do assistente social é capaz de transformar ou possibilitar grandes mudanças na vida do usuário. O assistente social possui uma compreensão de totalidade das situações e não uma visão fragmentada, e essa visão, infelizmente não faz parte do dia a dia de outros profissionais do HRL (AS1).

Esse trabalho de reconhecimento sobre atribuições do serviço social no HRL foi realizado no início, quando assumimos, entretanto a impressão que dá é que mesmo sabendo nossas atribuições, o que a maioria dos profissionais quer realmente é que o setor do serviço social resolva todas as situações de conflitos, de dificuldade, de falta de resolutividade por parte de outros profissionais. Inclusive, muitas vezes, esperando do serviço social ações que são contrárias aos princípios que regem a nossa profissão. Hoje, não entendo como falta de reconhecimento e sim como falta de bom senso e humanidade, daqueles profissionais que dizem que não sabem o que o serviço social faz (AS2).

Antes até achava, hoje já considero algo que não refletirá mudanças, uma vez que, tem alguns comportamentos e condutas que não é só falta de informação mas já é falta de respeito com o profissional (AS3).

¹³ Ver na íntegra as competências específicas dos Assistentes Sociais no Parâmetro para Atuação do Assistente Social na Saúde. CFESS 2010.

Para tanto, apesar das tentativas frustradas na realização de projetos, nesse sentido foi possível observar a necessidade das profissionais de que haja um bom senso com relação aos outros setores na compreensão de suas competências uma vez que alegam que os profissionais já sabem, mas possuem uma visão distorcida ou parcial de suas atribuições.

Diante do exposto, os profissionais acabam por frustrar-se nessas situações não desenvolvendo ações para mudança, e por vezes esquecendo-se da essência da profissão. É de grande contribuição às observações feitas por Yamamoto (2001, p.20) "Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo". Ainda sobre os desafios enfrentados pelos profissionais, Andrade (2002) acrescenta que o desafio profissional está inserido nesse campo contraditório, é preciso direcionar sua ação para o atendimento das necessidades sociais dos usuários e ainda ampliar seu campo de trabalho através de sua competência técnico-operativa, respondendo às novas demandas de forma ética e comprometida.

O Serviço Social é constituído de múltiplas dimensões por essa razão se justifica a necessidade de um profissional que tenha claro em sua totalidade o instrumental técnico, teórico e ético-político. Tendo como instrumentalidade o campo de mediações e a capacidade de articular essas dimensões no fazer profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho desenvolvido até aqui não tem como intenção delinear o perfil do assistente social no espaço hospitalar tampouco pretende fazer quaisquer comparações e generalizações. O intuito é pensar nas reflexões que o trabalho profissional traz acerca das dimensões de atuação no HRL, bem como a ligação da teoria com a prática no processo de trabalho das assistentes sociais pesquisadas frente às demandas da equipe multiprofissional. Especialmente no terceiro capítulo, realizaram-se reflexões e indagações pelas quais foi possível uma melhor compreensão da relação entre a subjetividade das demandas com as atribuições formalmente definidas aos profissionais de Serviço Social. Acreditamos ter feito considerações bastante significativas por toda a constituição do trabalho na medida do possível, dessa maneira nesse momento de finalizá-lo salientarei em especial sobre a experiência e o olhar mediante o que foi vivido durante o período das entrevistas. O trabalho apresentado realizou um resgate desde a institucionalização do SUS, organização do trabalho até a atuação do Assistente Social nesse contexto da contemporaneidade. Levando em consideração as transformações ocorridas no mundo do trabalho, as quais afetam não só o serviço social, mas em todas as profissões. Alguns autores que debatem o assunto afirmam que essas transformações começam com a expansão da tecnologia, afetando então o Brasil principalmente no início de 1980, onde ocorrem várias mudanças no país. Dentre essas transformações o reconhecimento do serviço social como profissão e a vasta literatura sobre a sua história, relatando vários acontecimentos até então. A partir de 1988, com a Constituição Federal, a assistência social passa a ser direito do cidadão e dever do Estado. Intensificou-se então com a mudança dos anos a necessidade de um profissional especializado para intervir na situação atual, bem como nas expressões da questão social. Os profissionais de serviço social a partir de então vem ganhando cada vez mais força e representatividade no que diz respeito à garantia de direito.

Por isso a necessidade de um profissional cada vez mais crítico e que se imponha a qualquer forma de autoritarismo e tecnicismo. As intenções deste estudo não estão voltadas à subjetividade dos assistentes sociais em suas particularidades, mas sim na relação entre teoria e prática e entre construção do trabalho profissional frente às demandas postas pela instituição empregatícia e usuários. Procuramos mostrar não só a opinião dos profissionais que atuam com o serviço social e as próprias assistentes sociais, mas alguns de seus elementos que são muito significativos e que dão a direção do seu trabalho.

Analizamos dois ângulos da profissão: a realidade vivida pelos profissionais de serviço social na política de saúde e o reconhecimento de outros profissionais com relação a constituição histórica da profissão e as circunstâncias sociais que conferem direção social a essa prática. A intervenção profissional constitui-se pela polarização entre os interesses de classes sociais antagônicas, respondendo as demandas do capital e do trabalho, tendo a questão social como base de justificação da profissão.

A intervenção profissional pautou-se pela: ajuda psicossocial individualizada, manipulação das necessidades sociais encaradas como condutas desviantes. Nesse sentido no contexto da contemporaneidade podemos identificar lacunas da profissão fazendo referência ao serviço social tradicional. Dessa maneira, a importância em se discutir o fazer profissional, voltando a atenção do profissional para o diálogo, por meio de propostas projetos e aperfeiçoamento dos instrumentos e técnicas de intervenção. O que não acontece na conjuntura atual particularizando a atuação no HRL. Evidencia-se a necessidade de articulação entre as dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa no processo da intervenção profissional, a partir do projeto ético político profissional. Explicitando a perspectiva da competência crítica capaz de se desvincular dos discursos conservadores e tecnocráticos, deve haver o amadurecimento da profissão na articulação entre requisitos teóricos, institucionais e práticos, tais questionamentos irão resultar em novas competências. A intervenção profissional não pode se acomodar na formulação de respostas as demandas imediatas, mas sim em estratégias de superação e a um processo de intervenção crítico. A apreensão da vida cotidiana exige um processo de intervenção que se dá por meio da investigação crítica e totalizante da realidade.

Dessa forma, a pesquisa de campo possibilitou algumas conclusões nesse sentido. Durante todo o percurso da graduação em serviço social surgiram indagações a respeito da atuação dos profissionais de serviço social não sendo supridas no processo de estágio obrigatório, momento onde tivemos um contato maior com a prática. A partir do exposto a necessidade de uma pesquisa que agregasse valores nesse sentido. Optamos por entrevistar os profissionais que demandam com frequência o serviço social para conhecer melhor e consecutivamente entender a realidade de trabalho no HRL, bem como o que configura o trabalho do assistente social nesse espaço. Foi possível apreender alguns pontos com relação à relativa autonomia possibilidades e limites com que se deparam esses profissionais. Percebemos lacunas na atuação das assistentes sociais no hospital no que se refere a demandas inerentes à profissão frente à garantia de um atendimento minucioso para com o usuário. Considerando que o trabalho do assistente social não é valorizado em termos de

atuação, estes não conseguem garantir de fato a demanda posta pelo usuário, por conta das ações demandadas pela equipe, que tem uma visão distorcida do serviço social.

Durante as entrevistas foi possível perceber a indignação da equipe com relação ao serviço prestado pelo setor, alegando que não exercem sua função, que não contribuem e que ultimamente não estão resolvendo nada, apenas encaminhando, diferente do início que o assistente social se fazia mais presente com os profissionais e pacientes. Alegam que o serviço social hoje é cheio de indisponibilidades e falta de interesse além do número insuficiente de funcionários para dar um suporte maior e de qualidade a equipe do Hospital.

Em contrapartida, apesar das assistentes sociais se posicionarem um pouco mais e questionarem certas atitudes da equipe multidisciplinar e devolvendo as demandas ao setor respectivo, muitas ainda acabam cedendo e resolvendo tais demandas por conta do fluxo diário.

Desse modo, percebe-se uma postura subalterna com relação à instituição. Mesmo assim, há aqueles que reconhecem a importância do setor e ainda confirmam que estas profissionais estão afogadas pela demanda que não são de competência delas por isso não desempenham uma atuação ainda melhor.

Em relação ao conhecimento aprofundado das entrevistas sobre o serviço social hospitalar, ficou muito claro a falta de conhecimento de alguns profissionais em relação às atribuições e competências legais do Assistente Social. Entendemos que é essa insuficiência de conhecimentos que pode interferir negativamente na rotina do Hospital gerando conflitos entre os setores desestimulando o usuário, pois a hora da escuta e do acolhimento destes usuários é o momento primordial para decifrar e conhecer as particularidades das demandas trazidas por eles.

É válido ressaltar que, talvez se tivéssemos realizado essa pesquisa com um número maior de profissionais, ou seja, se tivéssemos alcançado todos os profissionais do HRL pudéssemos ter uma percepção maior sobre a realidade analisada uma vez que o número de entrevistados não possibilita a generalização das informações coletadas, embora haja uma certa semelhança na percepção dos funcionários com quem tivemos contato, tendo em vista os entraves que as assistentes sociais vivenciam na execução de seu trabalho na política de saúde.

Saliento ainda a importância da continuidade da pesquisa, considerando o número significativo de funcionários e usuários, a fim de se traçar o perfil do trabalho do Serviço Social na área da Saúde, bem como para se obter uma maior apreensão de como se dá sua atuação uma vez que é o único Hospital em Paranaguá que conta com o trabalho desses

profissionais. Seria muito importante e enriquecedor não só para quem possa vir a dar continuidade, como também para os usuários e funcionários do Hospital. Considerando o relato de uma das entrevistadas que salientou a importância desta pesquisa também com os usuários que contatam o serviço social.

Sendo assim, relevando a importância da continuidade, por se tratar da atuação do profissional de serviço social na saúde, uma área que pouco a pouco vem ganhando representatividade na discussão da intervenção profissional do assistente social, enfrentando ainda grandes entraves para que tanto o direito da categoria como dos usuários seja efetivado com plenitude além da relevância para a construção da história do serviço social no município de Paranaguá.

Frente ao relatado até aqui em nosso trabalho de conclusão de curso alcançamos alguns posicionamentos no que se refere à oportunidade de aprendizado, em termos teórico-metodológicos e também críticos e investigativos, visto a escolha de um objeto tão problematizado sobre a profissão que buscou compreender o que configura o trabalho do Assistente Social no HRL.

Os questionamentos se apresentam no decorrer desse processo de pesquisa à medida que problematizamos a autonomia profissional e as determinantes de atuação profissional que ferem o código de ética e projeto profissional da profissão de Serviço Social. Deve-se ter clareza de que: “É pelo conjunto de trabalho realizado pelos assistentes sociais que o serviço social, como categoria profissional, poderá ou não ser reconhecido, valorizado, respeitado, com vistas a alcançar autonomia, ainda que relativa”. (Martinelli, 2003, p.25)

Como profissionais fica o desafio na compreensão da nossa dimensão de atuação para que possamos ir além do que nos é posto, percebendo as relações sociais presentes no cotidiano, e que estejamos atentos às possibilidades e limites que acirram a profissão para que possamos propor e agir visando melhorias contínuas tendo em vista estratégias que melhorem o processo de encaminhamento no espaço de atuação, amadurecendo constantemente com os técnicos e usuários a melhor forma de articulação para o rompimento com as práticas burocráticas e assistencialistas. Corrobora-se com o argumento de Martinelli (2003) tomar como objeto o trabalho dos assistentes sociais justifica-se, sobretudo por ser o assistente social na saúde um dos principais articuladores de equipes multiprofissionais, o que poderá propiciar uma visão maior do conjunto das práticas profissionais.

REFERÊNCIAS

ABESS/CEDEPSS. Proposta básica para o projeto de formação profissional. **Serviço Social & Sociedade**, XVII (50): 143-71. São Paulo, Cortez: 1996

BARROCO, M. L. **Ética e Serviço Social: fundamentos Ontológicos**. São Paulo, Cortez: 2003

BRASIL, **Lei n. 8662**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília: 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf. Acesso em: 20/09/2013;

BRAVO. M.I ; MATOS. M.C. CFESS. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária**: 2000.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: 1988, Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

_____. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm Acesso: 17/02/2014

BRASIL, Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**. Brasília: 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf. Acesso em: 08/09/2013;

_____. **Construção do SUS**. Brasília: 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf Acesso: 12/02/2014.

_____. **Portaria Nº 3.390**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).Brasília: 2013, Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html Acesso em: 29/03/2014

_____. **Portaria nº 1.097**. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2006

BRAVO, Maria Inês Souza. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária**: elementos para o debate. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UFRJ, 2004;

CASTRO, M. M. **História do Serviço Social na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. Políticas sociais e Famílias. **Revista Libertas**. Revista do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/UFJF. v 3, n 1. Juiz de Fora, dez. 2008, p. 110-127.

CAVALCANTI, L. F; ZUCCO, L. P. Política de Saúde e Serviço Social. In: REZENDE, I; CAVALCANTI, L (orgs). **Serviço Social e Políticas Sociais**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006, p.67- 82.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Serviço Social é profissão. Assistência Social é política Pública**. Brasília: 2005. Disponível em: http://www.cfess.org.br/pdf/ssprofissao_aspolpublica2005.pdf Acesso em: 24/04/2013.

_____. **Código de Ética do Assistente Social**. 3ª edição revista e atualizada. Brasília: CFESS, 1997.

_____. **Parâmetros de atuação do assistente social na política de saúde**. Série trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 62, Cortez, 2000.

CONASS, **SUS, avanços e desafios**. 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_sus_avancos_desafios.pdf

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. 11ª Região- PR. Disponível em: <http://www.cresspr.org.br/site/>

FALEIROS, V. Reconceituação do Serviço Social no Brasil: uma questão em movimento? **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 84, Cortez, 2005.

FARIAS P. Questão Social: um conceito revisitado, en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, febrero 2009. Disponível em: www.eumed.net/rev/cccss/03/fpod.htm

GUERRA Y. A instrumentalidade do Serviço Social. 5 ed. São Paulo: Cortez 2000.

GUERRA, Y. O projeto profissional crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 28, n.91, p.5-33, set. 2007.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboços de uma interpretação histórico-metodológica. 21 ed. São Paulo: Cortez; Lima, Peru: CELATS, 2007.

IAMAMOTO, M. V. Ensino e Pesquisa no Serviço Social: desafios na construção de um projeto de formação. **Cadernos ABESS n.6**, São Paulo: Cortez, p.101-6, 1998

_____. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003

IAMAMOTO, Marilda. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Serviço social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

JOSÉ FILHO, Pe. M. **A família como espaço privilegiado para a construção da cidadania**. Franca: Unesp - FHDSS, 2002, 158 p.

MARTINELLI, M. L. **Serviço Social**: identidade e alienação. – 10 ed. – São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. 2.ed. São Paulo: Cortez, p.152-58, 1998.

MIOTO, R. C. e NOGUEIRA, V. M. R. Política Social e Serviço Social, os desafios da intervenção profissional. **Revista Katálysis**. Florianópolis, v . 16, n. esp., p. 61-71, 2013.

_____. Serviço Social e Saúde, desafios intelectuais e operativos. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009.

_____. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p.272 - 303.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. A construção do projeto ético-político do serviço social frente à crise contemporânea. In: CFESS - **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília, DF: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, módulo 1, p.91-110, 2000.

_____. **Ditadura e serviço social**: uma análise do serviço social no Brasil pós-64. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. A conjuntura brasileira: o serviço social posto à prova. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 25, v.79, p.5-26, set. 2004.

_____. O movimento de reconceituação: 40 anos depois. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 26, n.84, p.5-20, nov. 2005.

_____. **A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social frente à Crise Contemporânea.** In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo I — Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília: CFESS, ABEPSS, CEAD, UNB, 1999.

NOGUEIRA, V. M. R. Intervenção profissional: legitimidade em debate. **Revista Katálysis**, vol. 8, n. 2, jul-dez, 2005, p. 185-192, 2004.

NICOLAU, M. C. O aprender do fazer (as representações sociais de assistentes sociais sobre o seu saber-fazer profissional): a dimensão educativa do trabalho. **Revista Temporalis**. ano 2, n 4. Brasília: ABEPSS, Grafile, p. 43-74, 2001.

PIANA, M.C.; CANÔAS, J. W. Educação: direito social a ser efetivado. **Serviço Social e Realidade**. Franca, SP, v. 16, n.1, p.201-18, 2007.

PIANA, M. C. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional.**São Paulo: Ed. UNESP; São Paulo:Cultura Acadêmica, 2009.

SANTANA, R. S. O desafio da implantação do projeto ético-político do Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano, n.62, p.73-92, mar. 2000.

SILVA E SILVA, M. O. (coord.). **O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura.** São Paulo: Cortez, 1995.

SOUZA, M. L. **Serviço Social e Instituição: a questão da participação.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

VASCONCELOS. A.M. **A prática do Serviço Social.** Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Estado e políticas sociais no capitalismo: uma abordagem marxista. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 9, n.28, p.5-32, dez. 1988.

_____. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **Serviço Social e Práticas democráticas.** In: Bravo e Pereira. Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: 2001.

_____. **Tendências da prática profissional do Assistente Social na atenção à Saúde no município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: ESS-UFRJ (Tese de doutoramento), 1999.

WITIUK, Ilda Lopes. **Serviço Social e saúde: Processo de Trabalho do Assistente Social.** São Paulo: 2003.

YAZBEK, M. C; MARTINELLI, M. L. e RAICHELIS, R. O Serviço Social Brasileiro em movimento: fortalecendo a profissão na defesa dos direitos. **Serviço Social e Sociedade n. 95.** São Paulo, Cortez., 2008.

YAZBEK, M. C. Projeto de revisão curricular da Faculdade de Serviço Social/PUC-SP. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, 1984. n. 14.

Apêndice 01

| Roteiro de Entrevista - Semiestruturada | |
|--|---|
| EIXOS | PERGUNTAS |
| Impressões Gerais | O que você conhece do trabalho desenvolvido pelo Serviço Social do HRL. Que percepções ou avaliações tem sobre ele? |
| | Concorda com a dinâmica de trabalho? |
| | O trabalho realizado atende às suas expectativas? Em que aspectos atende integralmente? Deixa a desejar em algum aspecto? |
| Questões Específicas | Quantas vezes por semana demanda o Serviço Social? Em quais situações? |
| | Como é o retorno? Imediato? Baseia-se em algum procedimento já estabelecido/combinado? |
| Serviço Social Hospitalar | Qual é sua visão sobre o serviço social Hospitalar? Conhece as atribuições e funções formalmente definidas para o Serviço Social no âmbito do HRL? |
| | O seu Setor tem alguma dinâmica de análise e avaliação do caso antes de decidir pelo encaminhamento ao Serviço Social? |
| Questões Reflexivas | Qual é a sua compreensão com relação à atuação do Assistente Social no HRL? |
| | Que outras expectativas não mencionadas até aqui, o seu Setor tem para com o Setor de Serviço Social? |
| | Em sua visão, quais as razões que justificam que esses atendimentos devam ser realizados pelo Setor de Serviço Social? Que sugestões você pode apresentar no sentido de melhorar fluxos, rotinas e ampliar a compreensão mútua das atividades e funções de cada Setor? |

ENTREVISTA : Assistente Social

1 - – Existe alguma pesquisa ou projeto da equipe referente a atuação do assistente social no HRL? Se não, Por quê? Caso sim, quais os resultados?

2- Qual sua compreensão com relação ao Serviço Social no HRL? Como funciona a dinâmica de trabalho de vocês? Tem o reconhecimento da equipe multiprofissional?

3 - Você acha importante o esclarecimento das atribuições do As. Social no âmbito Hospitalar aos profissionais do HRL? Por quê?

Apêndice 02

| ATENDIMENTOS REALIZADOS (2013) | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Atendimento e orientações aos usuários e familiares e outros (Auxílio/benefícios/ informações sobre horários de visita e orientações sobre idade/necessidade de acompanhante). | 138 | 86 | 93 | 88 | 121 | 95 |
| Visita, orientações e trabalho de sensibilização aos pacientes e seus acompanhantes nos leitos. | 0 | 0 | 1 | 4 | 5 | 1 |
| Contatos/Encaminhamentos à Secretaria de Saúde dos municípios de origem (agendamento de transporte/marcas consulta e exames) | 12 | 4 | 10 | 5 | 10 | 4 |
| Ações necessárias para alta do paciente (Acompanhamento da AS até a residência/contato com a enfermagem/documentos/pedido de acompanhante/pedido de transporte). | 30 | 11 | 15 | 12 | 16 | 13 |
| Contatos realizados para garantir ao paciente o direito do acompanhante e sensibilizar os familiares com relação à necessidade da visita. | 19 | 17 | 31 | 28 | 36 | 29 |
| Contatos realizados com a Polícia Civil | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Autorizações para troca de acompanhante e visitas, fora do horário estipulado pela Administração do Hospital (Liberação para acompanhar alta do paciente/acompanhar visita médica/entrega de pertences/auxílio no banho/assuntos urgentes/restrrição de visitas para paciente vítima de homicídio, por exemplo). | 132 | 86 | 107 | 92 | 63 | 44 |
| Encaminhamentos para enfermagem | 6 | 7 | 6 | 3 | 17 | 8 |
| Encaminhamentos para o setor de psicologia (Acompanhamento na alta/ acompanhamento junto do acompanhante ou visita/transferência/apoio psicológico ao paciente ou familiar alterado). | 9 | 12 | 10 | 11 | 8 | 11 |
| Visitas nos leitos (nos casos em que é necessário verificar alguma situação ou duvidas do paciente). | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 |
| Acompanhamento aos familiares na visita da UTI e outros leitos. | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| Acompanhamento de familiares e preenchimento de Declarações de óbitos (Acolhimento à família, informações e orientações necessárias). | 67 | 24 | 44 | 31 | 60 | 33 |
| Atendimentos Sobre 'Achados e Perdidos' (Central de Pertences) | 3 | 1 | 1 | 3 | 14 | 1 |

| | | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|----|
| Orientações/Encaminhamentos ao SAME (copia de prontuário/CAT/ declaração de acompanhante/DPVAT) | 8 | 8 | 11 | 13 | 22 | 18 |
| Encaminhamento/Ofícios/Contatos realizados com o CREAS | 1 | 0 | 4 | 6 | 4 | 0 |
| Encaminhamentos realizados ao setor de nutrição | 4 | 6 | 4 | 0 | 6 | 1 |
| Busca ativa de familiares ou pacientes, através de meios de comunicação. | 2 | 3 | 0 | 14 | 6 | 8 |
| Contatos/Encaminhamento à unidade de saúde da região do pcte (orientações/busca de familiares) | 2 | 1 | 3 | 5 | 1 | 6 |
| Encaminhamento ao Pronto Socorro | 9 | 3 | 7 | 2 | 9 | 4 |
| Encaminhamentos ao INSS (orientações sobre auxílio doença perícia etc.) | 2 | 5 | 4 | 5 | 3 | 4 |
| Realizado/Facilitado contato entre pacientes e familiares (entre os postos ou disponibilização do telefone). | 52 | 30 | 45 | 45 | 53 | 54 |
| Encaminhamento/ Contato com Albergue de Paranaguá (ex.vaga em abrigo). | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| Notificação/Encaminhamentos/Contatos com o Conselho Tutelar do Município do Paciente (acompanhamento na alta do paciente, situações de negligência,abrigo). | 39 | 25 | 15 | 34 | 13 | 20 |
| Orientações sobre próteses articulação com o município do paciente. | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Contato familiar a pedido da equipe(médico /enfermagem) para orientações e procedimentos clínicos do paciente. | 16 | 11 | 19 | 3 | 8 | 21 |
| Orientações sobre visita religiosa | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Encaminhamentos Realizados ao setor de fonoaudiologia | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Orientações sobre o CTA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Acompanhado retorno do paciente que tinha se evadido/Contato com o serviço social sobre paciente que se evadiu. | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 |
| Trabalho de sensibilização sobre a alta a pedido | 3 | 1 | 1 | 3 | 4 | 4 |
| Orientações/ Contatos realizados com o regaste social de Paranaguá | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| Encaminhamentos realizados à defensoria Pública do município de origem | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 5 |
| Liberação de alimentação para acompanhantes | 3 | 3 | 6 | 2 | 4 | 3 |
| Facilitado o transporte para realização de exame | 1 | 3 | 1 | 4 | 8 | 2 |

| | | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|----|
| particular, com autorização da direção administrativa (levar paciente de alta) | | | | | | |
| Orientações/Encaminhamentos à delegacia de policia | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 |
| Contatos/Encaminhamentos realizados ao CRAS ao município de origem (Ex. Busca Ativa) | 5 | 2 | 4 | 4 | 5 | 6 |
| Encaminhamentos às unidades de Saúde | 3 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 |
| Autorização do Diretor Administrativo sobre a permanência do veículo da acompanhante no pátio do Hospital | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Contatos realizados com a Secretaria de Ação Social de Paranaguá | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Encaminhamentos ao CAPS | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Busca ativa de familiares para o reconhecimento dos pacientes sem documentações | 1 | 1 | 5 | 2 | 5 | 0 |
| Intermediação paciente – médico – família - funcionários (Horários para conversar com o médico/ aviso sobre localização do paciente/ autorizações da enfermagem) | 96 | 82 | 70 | 51 | 44 | 66 |
| Informações para família sobre estado e localização dos pacientes (contato com a enfermaria do hospital e médicos para saber) | 67 | 42 | 23 | 32 | 48 | 46 |
| Contato com a família para comunicar alta do paciente | 41 | 18 | 14 | 33 | 25 | 12 |
| Autorização para travessia na ponte do Valadares (Paranaguá) | 43 | 31 | 20 | 23 | 27 | 26 |
| Encaminhamentos para Ouvidoria) | 4 | 2 | 10 | 10 | 11 | 4 |
| Ligações solicitando estado de saúde do paciente (orientações e encaminhamentos) | 7 | 10 | 2 | 2 | 5 | 7 |
| Contato familiar para comparecer ao hospital munido de documentação do paciente (óbito) | 12 | 8 | 15 | 9 | 12 | 10 |
| Viabilização/orientações sobre transporte do município quando na alta do paciente. | 6 | 6 | 1 | 2 | 1 | 3 |
| Orientações sobre transferência para outros hospitais ou outros postos.(necessidade de acompanhante) | 14 | 11 | 7 | 5 | 12 | 13 |
| Em caso de acidentes/ situações de violência orientações sobre a importância do Boletim de Ocorrência e seus direitos. | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 |
| Contatos realizados com o paciente referente a alta e | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |

| | | | | | | |
|--|---|---|----|----|----|---|
| possibilidade de ir embora sozinho. | | | | | | |
| Encaminhamentos a recepção sobre informações de local de paciente, atualização do cadastro e restrição de visita. | 4 | 6 | 3 | 7 | 9 | 1 |
| Orientações sobre a casa de apoio | 9 | 6 | 5 | 0 | 7 | 0 |
| Encaminhamentos a enfermagem para autorizar acompanhantes ou pacientes se ausentarem por curto tempo. | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 |
| Solicitação de equipamentos na ortopedia, para paciente. | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Encaminhamento ao ministério Público | 0 | 0 | 1 | 4 | 1 | 0 |
| Orientações BPC | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | 2 |
| Orientações sobre a importância do Registro Civil | 4 | 2 | 4 | 8 | 4 | 2 |
| Solicitação aos médicos (colocar CID nos atestados, receitas, assinaturas, etc) | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 5 |
| Orientações sobre laqueadura | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 |
| Acompanhamento/Orientações sobre o aleitamento materno | 1 | 1 | 3 | 0 | 6 | 0 |
| Contato com outros hospitais/ empresas. | 0 | 1 | 3 | 0 | 1 | 6 |
| Acompanhamento social (situações de negligências ,abandono, agressão, adolescente em conflito com a lei, violência sexual, dependência química, oxigenioterapia domiciliar prolongada, realizando assim contato com o conselho tutelar do município do paciente, ministério público, promotoria e feito relatório social.) | 9 | 9 | 10 | 23 | 16 | 7 |
| Orientações sobre cuidados com o recém-nascido e rede de apoio (saúde, assistência social..) | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| Acompanhante que saiu do hospital mais deixou contato caso paciente saia da emergência. | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Orientações sobre direitos trabalhistas | 0 | 2 | 3 | 1 | 0 | 1 |
| Orientações sobre Boletim de Ocorrência para funcionários que se sentem ameaçados por pacientes ou furtos. | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Entrega de pertences deixados no Serviço Social | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Orientações sobre licença paternidade | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Orientações sobre doações de órgãos/ sangue | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| Orientações sobre direito da pessoa idosa | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |

Referência: Livro de Atendimento Geral do Serviço Social Hospital Regional do Litoral

SIGLAS:

SAME – Serviço de Arquivo Médico

INSS- Instituto Nacional de Seguridade Social

BPC- Benefício de Prestação Continuada

UTI- Unidade de Tratamento Intensivo

CTA- Centro de Testagem e Aconselhamento