

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM ÂMBITO HOSPITALAR: uma abordagem a partir do Hospital e Maternidade Municipal de São José de Ribamar (MA).

Cristiane de Melo Paixão**
Gêyza Cristina Silva Correa**

INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR FRANCISCANO - IESF

RESUMO

O presente trabalho apresenta estudo de caso sobre a atuação do assistente social em âmbito hospitalar, trazendo como referência as atividades desenvolvidas no Hospital e Maternidade Municipal de São José de Ribamar. Propõe-se contribuir com a discussão incipiente acerca das atribuições deste profissional, tanto no ponto de vista teórico por meio de revisão literária; quanto no ponto de vista prático, ao apresentar os resultados da entrevista realizada junto à profissional de serviço social dessa unidade de saúde. Tornando por aporte teórico os seguintes autores: Barroco (2011), Cfess (2012), Guerra (2000), Simões (2014)

Palavras chave: Assistente Social, Políticas Sociais, Código de Ética, Serviço Social.

1 INTRODUÇÃO

A história de saúde no Brasil se contextualiza por meio de um processo econômico, político e social marcado não só pela evolução social como a integração de trabalhadores, êxodo rural e mínima participação do Estado em efetivar políticas públicas com o advento da Reforma Sanitária, o que proporcionou à população brasileira o direito ao atendimento dos serviços de saúde.

O Serviço Social aconteceu no processo sócio-histórico que se dar aos exercícios deste profissional, atribuindo valores mediante a postura ética da capacidade de operação e em relação a prática profissional. No âmbito da saúde o assistente social apresenta-se como integrante essencial na equipe multiprofissional cabendo um papel fundante de analisar, investigar e perceber as mudanças estruturais do processo capitalista e as expressões da questão social e suas particularidades.

* Artigo Científico apresentado ao Curso Serviço Social do Instituto de Ensino Superior Franciscano para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

** Graduandas do 8º período do Curso de Serviço Social do Instituto de Ensino Superior Franciscano.

Este artigo se propõe apresentar através da revisão literatura e pesquisa de campo junto à assistente social do Hospital e Maternidade Municipal de São José de Ribamar para fins de conhecer a realidade concreta da assistência social na área da saúde, fazendo uma reflexão sobre as condições nas quais o assistente social desenvolve sua prática profissional dentro dos procedimentos preconizados no código de ética.

Assim sendo, foi problematizado a forma como de dar a atuação do assistente social em ambiente hospitalar, especificamente no Hospital e Maternidade Municipal de São José de Ribamar, a fim de identificar se as atividades desenvolvidas por este profissional são de sua competência ou se há algum desvio de função. Bem como mensurar os resultados obtidos e reconhecer, possíveis, dificuldades encontradas.

Para desenvolver esta pesquisa optou-se por uma abordagem qualitativa, e caráter exploratório, através dos procedimentos técnicos bibliográficos lançando mão de autores que abordavam o tema em análise, como: Barroco (2011), Cfess (2012), Guerra (2000), Simões (2014), assim como produções científicas (artigos, monografias, dissertações) disponibilizadas na internet e revistas especializadas. Quanto à coleta de dados escolheu-se a observação participativa e a entrevista semi-estruturada realizada com a assistente social da referida unidade de saúde.

Com relação à estrutura divide-se nas seguintes partes: 1 Introdução; 2 Histórico da política de saúde no Brasil; 3 Código de Ética Profissional; 4 Serviço Social e o Trabalho na Saúde; 5 Apresentação do Hospital e Maternidade Municipal de São José de Ribamar; 6 Atuação do assistente social no Hospital e Maternidade Municipal a partir da legislação vigente.

1. HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A história de saúde no Brasil se dá por meio de processo econômico, político e social, marcado pela evolução social, integração de trabalhadores na produção do capital, êxodo rural, ausência de saneamento, alto índices de doenças, mínima participação do Estado em políticas públicas e a necessidade de intervenção do Estado por meios de políticas sociais (BRASIL, 2011).

O inchaço populacional nos grandes centros urbanos ocasionado pela migração em busca de emprego falta de higiene e segurança no trabalho causou o surgimento de doenças e epidemias em decorrência das más condições sanitárias, tornando-se necessário controlar e prevenir tais enfermidades que se tornaram uma preocupação para sociedade.

Diante disso, a saúde da sociedade é colocada em pauta, fazendo-se indispensável a intervenção do Estado para solucionar a problematização das precárias condições sanitárias, que ocasionava epidemias quase incontroláveis.

Por volta de 1829, foi criada a Junta de Higiene Pública, que se mostrou pouco eficaz e apesar de várias reformulações não alcançou seu objetivo de debelar as epidemias que acometiam a população.

Segundo Lima (2004), para tentar solucionar as epidemias, foram criadas duas instituições de pesquisas no país: a Instituição Soroterápica Federal que depois foi transformado para o Instituto Oswaldo Cruz (1908) e a Fundação Oswaldo Cruz (1970). Essas instituições possibilitaram consideráveis avanços na medicina, trazendo inovação à técnica dos profissionais de saúde, através de estudos científicos para melhor compreender as causas de doenças diagnosticadas na época, permitindo um procedimento mais eficaz para o tratamento.

Assim, a saúde pública passa por transformação no modo organizacional, assumindo o controle uma instancia médica com medidas preventivas e de vacinação, com intuito de reduzir os problemas da saúde. O exercício da medicina e a política sanitária englobam a inspeção de alimentos, farmácias, armazéns de mantimentos, restaurantes, açougues, hospitais, todos os lugares dos quais poderiam prover danos à saúde pública (MACHADO, 1978).

Segundo Pinheiro (1985), as ações em saúde, no que diz respeito à sensibilização da comunidade quanto às noções de higiene, favoreceram o enfrentamento das epidemias e fortaleceram a atuação do assistente social:

Um dos fatores que influenciaram a implantação desse setor foi a fundação da Sociedade Brasileira de Higiene, em 1923, que se preocupou com aspectos educativos, individuais e coletivos da saúde. Procurava-se, através da divulgação de hábitos higiênicos e medidas educativas, sanear os problemas gerados pela urbanização (PINHEIRO, 1985, p.47).

Porém, apesar dos esforços, das ações educativas voltadas para a conscientização da população sobre os hábitos de higiene, essas medidas não

contribuíram de modo significativo para sanar as epidemias que acometiam as pessoas, devido as técnicas não muito eficazes e a precariedade tecnológicas existentes na época.

A partir dessa realidade, o Estado traça novas estratégias no intuito de resolver as causas das epidemias que acometiam os operários causando perda de capital para as empresas. Buscando viabilizar a higienização das cidades, surgem então, várias propostas e questionamentos no âmbito da saúde, inclusive a cerca de uma equipe de profissionais especializados.

Em 1930, pretendendo a assegurar o atendimento de saúde o Estado, no período getulista, cria o Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAPs), para responder às reivindicações da classe operária, mas somente tinham acesso ao atendimento médico, os segurados que contribuíam com o Instituto (SIMOES, 2014).

O seguro previdenciário foi uma reformulação da antiga Caixa de Aposentadorias e Pensão, o Instituto de Aposentadoria e Pensão, ampliou os serviços prestados aos trabalhadores, pois, além dos benefícios sociais, seguro por invalidez, auxílio doença os contribuintes recebiam atendimento médico.

A lei que regulamentou a criação das caixas de aposentadorias e pensão (CAPs) tem sido indicada como inicial da responsabilidade do Estado pela concessão de benefício e serviços. Especialmente da assistência médica. Tratava de organização de direito privado, criando para grupos específicos de servidores e organizadores. Segundo princípio de seguro social, ou seja, um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados (SCOREL; NASCIMENTO e EDELER *apud* BRASIL, 2011, p.13).

A lei Elói Chaves estabelecia no artigo 9º que o direito ao atendimento médico em caso de doença, aos contribuintes e seus dependentes tinham direitos aos serviços médicos, redução no valor dos medicamentos. Essa ampliação foi realizada com objetivo de suprir a ausência dos serviços de saúde mais essa reformulação foi viável para a expansão do setor privado.

Em 1966, no governo militar é criado o Instituto Nacional de Previdência (INPS) consistiu na unificação de todas as instituições previdenciárias setoriais. A união setorial facilitou para o processo de contratação credenciamento e convênios privados, sendo possível pela precarização dos hospitais próprio da previdência (CARVALHO, BABOSA *apud* GUIDINI, 2012).

No governo Costa e Silva (1967-1969), o Ministério da Saúde propôs um Plano Nacional de Saúde, que segundo Escorel (2008) objetivava vender todos os hospitais governamentais à iniciativa privada, deixando para o Estado somente papel de financiar os serviços privados que seriam também "parcialmente" custeados pelos pacientes.

Já no governo de Geisel, houve alguns avanços no tocante à saúde, com advento do II Plano Nacional de Desenvolvimento, segundo Escorel (2008).

[...] possibilitou abrir espaços institucionais para o desenvolvimento de projetos que terminaram por absorver intelectuais e técnicos de oposição ao governo militar, formando uma rede de sustentação de projetos e pessoas, financiando pesquisas, contratando profissionais, promovendo a articulação com as secretarias estaduais de Saúde, elaborando propostas alternativas de organização dos serviços de saúde e de desenvolvimento de recursos humanos. Constituíram, portanto, as bases institucionais que estimularam o movimento sanitário em seu processo de articulação e crescimento. (ESCOREL, 2008, p. 388).

Neste momento histórico, emerge a proposta de uma possível reforma na estrutura da saúde pública no Brasil. Porém, segundo Sousa e Costa (2010), somente com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, a Reforma Sanitária foi pensada a partir de uma nova perspectiva.

[...] a necessidade de ampliação do conceito de saúde e de um novo Sistema Nacional de Saúde, a separação de "Saúde" da "Previdência" e a orientação da política de financiamento para o setor saúde (BRASIL, 1986 *apud* SOUSA e COSTA, 2010, p. 511).

A 8ª CNS, realizado em Brasília envolveu a participação da sociedade civil, trabalhadores, usuários do serviço de saúde, profissionais de saúde, delegados do Estado resultou na proposta da criação do Sistema Único Saúde (SUS). Os participantes, também chegaram à concepção de que previdência social deveria ater-se às ações própria do seguro social, enquanto a saúde deveria ser entregue a um órgão federal com novas características" (BRASIL, 2011, p.22) pode-se dizer que foi através dessa Conferência que as políticas sociais de saúde, tomam um novo direcionamento o de direito social universalizado (BRAVO,2004, p.33).

Observa-se, portanto, que por pressão e mobilização da sociedade civil, se dá uma reformulação na política de saúde, em consonância como disposto na Constituição de 1988, que traz a máxima:

"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988, p.153).

A reformulação das políticas sociais no Brasil, podendo ser vista, sobretudo no Capítulo II, Art. 198 descrevendo quais ações e os serviços que competem à responsabilidade do Estado em promover um atendimento igualitário garantindo os direitos sociais e visando a redução de risco de doenças e ainda promovendo a prevenção e proteção à população de modo uniformizado.

No âmbito da saúde a Reforma Sanitária pode ser considerada como um conjunto de idealismo político, econômico, social num contexto histórico de lutas e inserção de políticas sociais, em continuo processo de adequação, transformação, estruturação/reestruturação que se apresenta em diversas faces e avanços, no campo de assistência de saúde pleiteando um atendimento qualitativo e quantitativo a toda população em geral. Embora por meio de técnicas ainda deficientes e metodologia cristalizada em medicina curativa, pautada no arcabouço dos exercícios precários, permeado pelo assistencialismo, obtiveram um reconhecimento positivo ao combate as epidemias, contribuindo assim, para uma construção lenta e gradual das dimensões políticas ideológicas e tecnológicas (MENDES, 1999).

Na década de 1990, a implantação do SUS, contextualizou a inovação das políticas públicas no Brasil para o enfrentando da questão social e dos dilemas contraditórios nas relações sociais entre trabalho e capital. Em um período que se busca uma política de saúde direcionada ao serviço integral, promoção e prevenção de doenças.

Desse modo, o SUS, apresenta-se nesse cenário, como um mecanismo unificador em práticas assistenciais na perspectiva de humanização podendo ser conceituado como um conjunto de ações e serviços de saúde, oferecidos por meio da gestão pública e instituições administrativas, direta e indireta mantida por órgão em níveis Federal, Estadual e Municipal. E embora esse sistema seja descentralizado pode buscar parcerias com instituições e hospitais privados. Mas, precisam estar regulamentados e subordinados ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) (SIMOES 20014).

A regulamentação das Leis, Orgânica (8080/90) e Lei 8.142/90. Em termos, a Lei 8080/90 discorre sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, mostrando assim, os objetivos do Sistema Único de Saúde, que pontuam a respeito das suas competências e atribuições, do mesmo modo que

também elenca as funções da União, Estados e Municípios (SOUSA e COSTA, 2010).

Já a Lei 8.142/90 vem discorrer a respeito na participação da sociedade civil no que tange a gestão do SUS. Tais leis legitimam o município como o principal executor da saúde e um total avanço no que dizia respeito ao período ditatorial vivido pelo Brasil.

Na área da política social com objetivo de solucionar a problematização da questão social no Brasil, o Estado, na tentativa de resolver “a questão social” sobre o “problema pobreza”, a priori ainda é a centralização de riqueza para uma minoria. Ou seja, para compreender esse contexto convém se pensar na forma hegemônica em que se produz o capital e a quem este é destinado, pois, as estratégias do Estado em suprir a escassez dos direitos trabalhistas em relação aplicabilidade das políticas sociais que garantem tais direitos para população. Caracterizam-se muitas das vezes, na concepção de “ajuda” e não de direito social. Vale ainda refletir que a forma hegemônica da Ordem Política, fortalece a submissão das forças produtivas emergindo a concentração de poder das classes dominantes (MONTANO, 2012).

Diante do exposto, por um lado a lei preconiza a universalidade dos direitos sociais, pois, é inegável visualizar a precariedade dos serviços públicos. Visto que a ineficácia das políticas sociais vem causando transtornos aos seus usuários e exclusão dos direitos garantidos por lei. Discute-se que tal problema está nessa centralidade de poder caracterizado pela má distribuição e redistribuição de renda, má gestão de governos descompromissados, domínio das classes trabalhadoras, negação de políticas públicas e sociais que proporcionem uma vida digna para classe desfavorecida. Assim, vale mencionar que enquanto houver o domínio central em torno dos capitalistas, continuará existindo fome, desemprego, miséria, falta de moradia, educação, saúde, bem estar social.

Não há como negar os avanços das políticas públicas elencadas na Constituição de 1988. Em específico, no campo dos direitos sociais, o governo de Luís Inácio Lula da Silva, configura-se em um direcionamento mais democrático, comprometido com classe trabalhadora e com os cidadãos de baixa renda ou considerado miseráveis. Porém, implementação das políticas sociais, não se direciona a uma totalidade, mas, apenas, a uma parcela populacional. É

nessesentido que o profissional de Serviço Social se apresenta para capturar o ambiente interno e externo que se configura na seletividade, focalizada em interesse subjetivo e objetivado do individualismo social, que gera ideia contraditória sobre os direitos sociais (GUIMARÃES, 2007).

Segundo Faleiros (2005), “o governo de Lula, ainda que vinculado macroeconomicamente ao capitalismo global, as forças de pressão de baixo abrem alternativas de mudanças” (Faleiros, 2005, p.34), cabe enfatizar que apesar dos avanços nas implantações das políticas públicas, sobre tudo, no campo das políticas sociais, há um ilusório de “ajuda”, em detrimento de ações emancipatórias, fazendo com que os beneficiários não possuam a compreensão de e não no sentido de direito social (GUIMARÃES, 2007).

A perspectiva de saúde da Constituição de 1988, ao tratar da criação do SUS, conduz uma postura estrutural, dinâmica que atenda a necessidade dos usuários. Assim, sanar tais ausências é importante que o assistente social reconheça o social, econômico e cultural da população que configura a clientela usuárias, inserido ações de proteção e recuperação de saúde (NOGUEIRA, MIOTO 2018).

A promoção de saúde se faz por meio de educação, da adoção de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidade individuais, da produção em ambiente saudáveis. Está estreitamente vinculado, portanto, à eficácia da sociedade em garantir a implantação de política de políticas públicas voltadas para a qualidade de vida e o desenvolvimento da capacitação de analisar criticamente a realidade e promover a transformação positiva dos fatores determinantes da condição de saúde (MATTOS, 2005, p.221).

Nesse sentido, compreende-se que a promoção da saúde perpassa pela integração de políticas públicas que propiciem o atendimento integral das necessidade humanas, com intuito de garantir a integridade física, psicológica e social do indivíduo.

3. O CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL

A gênese do Código de Ética (CE) do Serviço Social no Brasil surge por meios da evolução histórica da sociedade no processo industrial que acelera a

formação urbana e o aumento da massa trabalhadora, criando um novo contexto social “os urbanos assalariados”.

Pode-se dizer que os primeiros Códigos de Ética do Serviço Social, resgatam um registro analítico inserido em um conjunto de elementos atuantes, que protagonizam o cenário social na construção capitalista e nas relações das forças produtivas como mecanismo participante da produção do capital que são essenciais para desenvolvimento industrial. Contudo, os primeiros Códigos de Ética, ainda se constituam em filosofia voltada aos princípios da modalidade, ética e liberdade democrática (CFESS, 2012).

O Serviço Social se inseriu profissionalmente com objetivo de amenizar os problemas conflituosos entre as classes sociais (empregados e empregadores). Cabe mencionar ainda que, a profissão apresenta-se com prática cristalizada no assistencialismo, mas com o passar do tempo e diante exigência do mercado de trabalho começa a surgirem os questionamentos da formação técnica, metodológica e operativa da profissão e posteriormente veio o pensamento de regulamentação do Serviço Social como profissão, nessa direção surge o Código de Ética Profissional.

Em 1947, a criação do primeiro Código de Ética Profissional seguido pelos, então, códigos de 1965 e 1975, possuem bases assistencialista e com punho conservador próprio da profissão, o Projeto Ético Político e Projeto Ético Profissional tem como requisito uma nova proposta de conceituação técnica profissional (CFESS, 2012).

A lei 3252/57 instituiu a profissão do assistente social no Brasil, posteriormente regulamentada pelo decreto 994/62, ainda possuindo características doutrinaria da igreja católica pautado, sobre regimento específico na Encíclica Papal Rerum Novarum; documento papal baseado na doutrina filosófica da igreja católica, cujo objetivo era analisar os princípios éticos e valores morais da sociedade. Sabe-se que o Serviço Social é chamado para atuar nesse novo espaço social contraditório, criado pela dinâmica organizacional do capital/trabalho fator que acabou possibilitando a legitimação da profissão na transição de suas técnicas, afastando-se das ações assistencialistas características de berço da profissão (SIMÕES, 2014).

O primeiro Código de Ética a nortear a conduta dos assistentes sociais foi aprovado na Convenção Nacional da Associação Brasileira de Assistentes Sociais (ABAS) e esteve em vigor até a elaboração do novo código, a partir da referência feita no art. 9º, item IV do Decreto n. 994/62, sob a responsabilidade do Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS).

Na década de 1930, foram criadas as duas primeiras escolas do Serviço Social no Brasil, nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, ainda sobre influência religiosa. Porém, coube um pensar nas possibilidades de rompimento com o tradicionalismo, elevando a uma reflexão profunda à negação da sua essência profissional, pois, adaptando-se às mudanças contemporâneas. Caberiam novas discussões para a criação de um novo Projeto Ético, com o olhar reflexível e compreensível aos interesses políticos em torno do capital, porém, que assegurem os direitos dos trabalhadores (AGUIAR, 2011).

Em 1960, o profissional de serviço social inicia um debate em relação à prática assistencialista, iniciando o processo do Movimento de Reconceituação do Serviço Social, foi uma reflexão crítica na década de 1970, acerca de um conceito concreto, analisando os limites das práticas profissionais e buscando levar em considerações as necessidades presentes na atual conjuntura urbana. Verifica-se que o Serviço Social precisa romper com as técnicas tradicionais e assistencialistas, então, faz-se necessário adequar-se ao novo espaço urbano (GAYOTTO e GIL, 2005). Assim, a discussão no interior da profissão norteia para novas possibilidades transformadoras com ações que atuem na socialização e inclusão do sujeito. Isto porque, a realidade da sociedade traz uma obrigatoriedade de conhecer o usuário na sua singularidade.

Com a criação do CE de 1986, novos parâmetros da profissão vêm interligados ao desejo de ruptura com práticas tradicionalistas, emergindo para a construção de novos perfis profissionais. No entanto, esse Código limitou-se, apenas, às questões política e educativa, ou seja, não necessariamente, um documento de normas com direitos, deveres e as vedações da profissão (CFESS, 2012).

Esse CE regulamentou o conceito de democracia, como o valor ético político, principalmente na organização política social, apto a garantir a efetuação dos valores primordiais da liberdade e justiça em absoluto momento de evolução da

cidadania e especialmente da participação direta do controle social nas ações sociais (BARROCO, 2003 *apud* SIMÕES 2014).

A profissão do assistente social tem sua legitimação pela Lei nº 8.662 de 07/06/93, complementada pela Resolução nº 293/94 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), conforme regulamenta o Código de Ética Profissional tendo por propósito, o compromisso de assegurar a defesa e garantir os direitos de profissionais e usuários.

O CE de 1993 aponta o amadurecimento da profissão, constituído por debates que aconteceram no processo de elaboração e aprovação. É um documento de alta relevância de modo que o Código regulamenta o reconhecimento da liberdade e da justiça social, sem exploração e dominação de classes, etnias ou gêneros, fator fundamental na construção do sujeito, cujo propósito está na transformação da sociedade brasileira. O assistente social tem sua atuação norteada pelo princípio da justiça social, diante dos direitos individuais e coletivos em favor dos menos favorecidos (BARROCO 2012).

Para tal compreensão, compete ao assistente social entender seu papel diante desse espaço globalizado, observando a dialética política e social em seus variantes efeitos desiguais dos direitos sociais. Isto tem exigido cada vez mais um profissional que possua uma criticidade própria. Assim, o Código de Ética é um documento direcionador para que estes profissionais possam desempenhar suas atividades em conformidade com as atribuições e competências tendo um olhar democrático.

Contudo, a socialização do indivíduo como ser participativo na política e na economia do país volta-se para a emancipação da classe trabalhadora, torna-se para o assistente social um campo minado e desafiante uma vez que, a estes, são atribuídos a responsabilidade de analisar as relações entre burguesia e proletariado num ambiente de potencial exclusão de direitos trabalhistas. Cabe a reafirmação do compromisso ético desta categoria profissional, buscando vislumbrar o empoderamento social para novos horizontes no campo do direito emancipatório.

4. SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO NA SAÚDE

Para analisar a trajetória do Serviço Social na área da saúde, principalmente nos anos 1990, explicita que há alguns desafios, dentre os quais existem de dois projetos políticos: o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária, os quais apresentam diferentes requisições para os assistentes sociais (CFESS, 2010).

O projeto privatista requer do assistente social entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial, através de aconselhamento, ação fiscalizadora dos usuários dos planos de saúde e predomínio de práticas individuais (CFESS, 2010).

Já o projeto da reforma sanitária, demanda aos assistentes sociais ações no sentido da democratização das unidades e dos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação das unidades de saúde, com ênfase em abordagens grupais ao acesso democrático das informações que estimulam a participação cidadã (CFESS, 2010).

Vale ressaltar, o berço conflituoso nos anos 1990 "foi o período de implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal no país [...] em disputa na área da saúde, passam a apresentar diferentes requisições para o Serviço Social." (BRAVO, 1998 *apud* CFESS, 2010).

Esses projetos defendidos pela classe dominante, segundo Netto (1990) eram a democracia de massa, que visa a participação da sociedade civil, juntamente com os sindicatos, comissões e organizações de classe. Por outro lado, o projeto de democracia restrita, que prega a ideia do Estado mínimo. Este último foi o hegemônico, do qual solicitava do Serviço Social:

Seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. (CFESS, 2010, p. 26).

Neste mesmo período, com o advento da reforma sanitária e a criação do projeto ético político do Serviço Social, tais propostas são alteradas e o trabalho demandado para o assistente social pauta-se em:

[...] democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade;

trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. (CFESS, 2015, p.26).

Desse modo, a competência ética, a política e a atitude crítica são elementos essenciais da práxis profissional, na defesa e garantia de direitos sociais, viabilizando melhores condições de vida aos usuários, no enfrentamento das desigualdades e acesso a políticas sociais, econômicas e culturais.

A apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica e ético-político que colocando em referências concretas para ação profissional, possibilita a reconstrução permanente do movimento da realidade objeto da ação profissional como expressão da totalidade social, gerando condições, para um exercício profissional consciente, crítico, criativo, que só pode ter empreendido na relação de unidade entre teoria e prática (VASCONCELOS, 2012, p.11).

O Serviço Social dispõe de um amplo campo de atuação, contudo, o assistente social deve ter uma postura responsável e coerente, levando-o a desempenhar sua atividade profissional de acordo com a ética e formação profissional. Nesse contexto, o trabalho torna-se mais exigente, uma vez que o assistente social está na produção evolutiva do capital, precisa ter um perfil analítico, consciente, ético-moral com atributos que lhe permita agir eticamente com capacidade de responder por seus atos (BARROCO, 2011).

[...] Em um processo de socialização formar um caráter ou um senso ético-moral; quando é adulto, de acordo com as possibilidades do seu contexto e formação, pode dizer não valores e as normas, adotado outra referencia que se aproximem mais ou menos de suas necessidades e experiências socioeconômicas e político-culturais. (BARROCO, 2011, p.77).

Nessa perspectiva do contexto sócio histórico o Serviço Social e suas práticas profissionais requerem do assistente social um desenvolvimento intelectual, mediador, analisador, observador crítico, metamórfico, contido de concepção para inserir políticas que intervenham na relação entre classes sociais (GUERRA, 2000).

Esta instrumentalidade do assistente social contextualiza um conjunto de elementos que abrangem toda sociedade, ou seja, não se limita em uma minoria, mas a totalidade da história política na conjuntura do capitalismo e da divisão do poder entre burguesia e proletariado.

É preciso que o assistente social tenha clareza das atribuições e competências do papel profissional agindo dentro das normativas do Código de Ética Profissional para não incorrer, novamente como salienta Iamamoto (1992),

nem no voluntarismo político-profissional para o qual basta à boa vontade e um ideal para se transformar a realidade e nem no fatalismo para o qual não há alternativas na realidade, pois, ela seria um dado factual e imutável. Mas, ainda é necessária a mesma clareza para se compreender as dificuldades que estão postas cotidianamente para os assistentes sociais em suas variadas inserções profissionais.

Assim, analisar o trabalho do assistente social na atualidade, especialmente na política de saúde, é evidenciar que esta categoria está inserida num processo de especialização, ou seja, está dentro da divisão sociotécnica do trabalho, logo, para pautar essa discussão, faz-se necessário discutir a respeito do processo de flexibilização do trabalho na atual conjuntura globalizada, em circunstâncias diversificadas, vão se atribuindo formas, limitações e possibilidades ao exercício da profissão. (IAMAMOTO, 2001).

Para esse questionamento de como se dá esta relação avaliativa a respeito do projeto evolutivo do capital, do qual lamamoto (2006) afirma que:

A crescente potenciação do trabalho vivo possibilitada pelo avanço científico e tecnológico, em que a ciência torna-se uma força produtiva por excelência, patenteia o papel essencial que o trabalho cumpre na reprodução da sociedade contemporânea, como substância mesma da riqueza. Contraditoriamente, é o próprio desenvolvimento das forças produtivas do trabalho social que torna o trabalho de muito descartável à medida que reduz a demanda de trabalho vivo repelindo um crescente excedente de força de trabalho, que passa a viver um cotidiano pleno de incertezas e inseguranças (IAMAMOTO, 2006, p.88).

Logo, segundo a autora, o processo de trabalho tem se reestruturado numa lógica capitalista excludente, onde muitos postos de trabalho têm sido substituído o trabalho vivo pelo trabalho morto, ou seja, executado por máquinas, em termos, isto vai gerar o "desemprego estrutural" Ceolin (2014).

Sendo assim, cabe pensar que o assistente social dentro do âmbito da saúde, se faz necessário buscando a priori a normativa legal que insere este profissional nesta política. Partindo desta ideia, a Resolução nº 287/98 publicada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), do qual este documento elenca quatorze profissionais de nível superior para compor a equipe multiprofissional em saúde, que são eles: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Historicamente, o assistente social começa sua atuação no campo da saúde por volta da década de 1940, quando começou o atendimento por parte deste profissional nos ambulatorios, incluindo neste bojo os hospitais de caráter psiquiátricos. Com a criação SUS, amplia-se a possibilidade de inserção deste profissional no campo da saúde. Contudo, cabe ressaltar que, o assistente social já desenvolvia trabalhos na política de saúde, entretanto, não era por força de lei que o inseria no quadro profissional, como já foi supramencionado, somente em 1998 que, efetivamente, o profissional de serviço social passa a compor esta equipe multiprofissional.

5. APRESENTAÇÃO DO HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL SÃO JOSE DE RIBAMAR.

O Serviço Social é uma profissão que visa compreender e reconhecer as políticas sociais como o direito social e sua garantia como dever do Estado. No intuito de conhecer o cotidiano de trabalho do assistente social na área da saúde e como apresenta as demandas cotidianas, realizou-se um estudo de caso no Hospital e Maternidade Municipal de José de Ribamar.

Durante a pesquisa de campo, realizada no Hospital e Maternidade Municipal de São Jose de Ribamar, utilizou-se como referência a assistente social que compõe a equipe multiprofissional.

A pesquisa aconteceu em duas etapas: na primeira etapa houve o reconhecimento do ambiente físico, como visitas aos leitos, já na segunda etapa ocorreram a entrevista e a apresentação dos instrumentais de trabalho utilizados pela assistente social. Foi observado o atendimento com os usuários, elencando as atribuições e competências do assistente social quanto à atuação cotidiana desta profissional, confrontando-as com as orientações previstas no Código de Ética do Serviço Social.

Quanto às atividades desenvolvidas pela assistente social são as seguintes: visita ao leito, relatório setorial, relatório mensal, pareceres, atendimento social, atendimento domiciliar, orientação de planejamento familiar, solicitação de exames e marcação de consulta internos e externos para paciente internados,

solicitação de cirúrgica, solicitação de leito em casos de necessidade de UTI, solicitação de transferência de pacientes, em caso de atendimento especializado, relatório de atendimento, relatório de eventos, planilha, atendimento psicossocial, organização de eventos em datas comemorativas. (ASSISTENTE SOCIAL 05/06/2018).

Quanto ao Hospital Municipal e Maternidade de São José de Ribamar está localizado na Travessa João Alves Carneiro, S/N, bairro Moropóia no município de São José de Ribamar (MA). Foi inaugurado em 1922, inicialmente como Unidade Mista Municipal e, em 2009, transformou-se em Hospital Municipal de São José de Ribamar.

O Hospital e Maternidade de José de Ribamar possuem um espaço físico amplo composto por: salas administrativas e coordenações, sala de consultórios, sala de medicação, recepções, sala de observação, sala de risco social, sala de enfermagem, sala de curativos, sala de raios-x, sala de laboratório, sala de pré-parto, sala de parto, enfermarias, banheiros, necrotério e sala social, com equipamentos adequados a cada ambiente.

Os serviços disponibilizados para a população são atendimentos especializados na área profissional médica (pediatria, ortopedia, anestesiologia, obstetrícia, neonatologia e clínica médica), apoio assistencial (farmácia hospitalar, nutrição, rouparias, raio-x, laboratório, enfermagem, teste do pezinho, vacinas, transporte, registro civil) e social (serviço social). Funciona 24 horas, sendo subdivido em dois horários, das 8h às 18h acontecem todos os atendimentos disponibilizados pela unidade e a partir das 18h somente os serviços de urgência emergência (GESTÃO COMPROMETIDA, 2017).

6. A ATUAÇÃO DA ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR A PARTIR DA LEGISLAÇÃO VIGENTE

O assistente social atua nas relações entre as classes, agindo por meios interventivos, colocando-se num “posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos

programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática” (CFESS, 2012, p.23). Cabe frisar que o exercício profissional possui uma prática técnica educativa, participativa e específica, no que se refere ao reconhecimento do direito do usuário assistido pelos programas e projetos sociais. Assim, é próprio da natureza do Serviço Social, em âmbito hospitalar, desenvolver atividades que mobilizem a clientela atendida no SUS por meio de ações participativas que possibilitem o melhor atendimento. Nesse sentido, a atuação do assistente social no ambiente hospitalar, diferencia-se das demais profissões, por possuir uma essência particularizada, pautada em competências e atribuições que complementam o atendimento médico, ao oferecer um suporte social aos usuário, como menciona a entrevistada (2018).

Compreende-se que para o bom funcionamento do trabalho voltado a um serviço qualitativo e quantitativo, é necessário construir um conjunto de elementos que proporcionei tais direitos. O Serviço Social tem o compromisso de mediar e compreender as transformações sociais em contexto globalizado, nesse sentido assegurar o acesso ao atendimento qualificado é processo desafiador diante da redução de recurso nas políticas de saúde. Sabe-se que na verdade não é um problema particular da saúde, mas da assistência social, educação, habitação, o trabalho do assistente social requer observar as fragilidade do paciente que busca o serviço de saúde oferecido pela instituição e pela política do sistema de saúde. Essa compreensão vai além de conhecer as políticas da instituição, pois, ainda faz-se necessário observar o perfil dos usuários que tem sua particularidade e muitas das vezes se encontram em ambientes desestruturados seja no social, econômico ou familiar e se tratando de promover um atendimento qualificado precisa-se de uma busca investigativa, aprofundada para viabilizar possibilidades interventivas assegurando o acesso ao direito ao atendimento de saúde (ASSISTENTE SOCIAL, 06/04/2018).

Mediante a precariedade serviço público de saúde, por vezes, o assistente social, precisa recorrer às relações pessoais para atender as demandas de pacientes e familiares, como relata a assistente social:

É necessário caminhar além das normativas e burocracias da instituição, ou seja, conhecer os profissionais que atuam na saúde em outras unidades hospitalares para que se possa avaliar as possibilidades de fazer as mediações para garantir o direito da clientela que busca os nossos serviços (ASSISTENTE SOCIAL 06/04/ 2018).

Vale dizer, que a instrumentalidade operacional não é apenas um conjunto de instrumentos e técnicas, mas uma avaliativa da capacidade do assistente social para responder às necessidades do sujeito, não somente de forma imediata, mas solucionar a problematização em seu conteúdo e em sua totalidade (GUERRA, 2000).

Em um cenário de exclusão de direitos, é possível perceber que o caminho percorrido na política de saúde no Brasil está originalmente no patamar universal excludente (BEHRING, BOSCHETTI, 2007), entre avanços e retrocessos, entre o concreto e o formal. Acerca da análise crítica voltada para acesso à saúde como direito universal, as autoras ressaltam que:

Na saúde pública o principal paradoxo é que o Sistema Único de Saúde, fundado nos princípios de universalidade das ações, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado, vem sendo minado pela péssima qualidade dos serviços, pela falta de recursos e pela estabilidade do financiamento (BEHRING, BOSCHETTI, 2007, p.163).

Behring e Boschetti (2007) afirmam que as péssimas qualidades dos serviços prestados se constituem pela má distribuição de recursos voltados para política da saúde pública favorecendo o setor privado.

Observa-se que a saúde pública é marcada pela redução de profissionais, a falta de medicamentos, consultas tardias, falta de leitos, equipamentos de exames agir de acordo com as possibilidades existentes,

Nem sempre é possível atender as demandas na totalidade, ou seja, ha demanda imediata que precisa ser solucionada, cabendo ao Serviço Social buscar meios para suprir a necessidade daquele paciente, agindo no imediatismo e garantido o acesso ao atendimento, o que nem sempre acontece, devido à falta de instrumentais e recursos necessários pra atender aquela situação a contento. (ASSISTENTE SOCIAL, 06/05/2018).

Conforme, os Parâmetros da Atuação Profissional na Saúde ordenam-se por meios da ciência do “saber”, ou seja, no discernimento da realidade do sujeito e do modo em que este, se insere no meio social. Outro fator importante a ser abordado são os casos vivenciados na abordagem durante o atendimento social. Por exemplo, a visita ao leito realizada pela (assistente social 06/05/2018) tem como propósito conhecer a concreta situação de cada paciente e em casos necessário fazer as possíveis mediações buscando o melhor atendimento.

É importante refletir que o assistente social está inteiramente interligado com o fundamento teórico, metodológico, ético político e técnico operativo. Sendo que o projeto ético esta pautado em visão totalizante e tem na questão social o alicerce de sua fundamentação (CEFSS 2010).

Sarreta (2008) enfatiza que o Serviço Social se sobressai no endosso ao reconhecimento dos fatores determinantes e condicionantes das condições de saúde, para o enfretamento das expressões da questão social, os assistentes

sociais vem criando alternativas, para afrontar as problemáticas vistas nas rotinas, que vão se alargando nas atividades operativas destes profissionais, diante dessa circunstância, são utilizadas ferramentas que respaldam as atribuições e competências dos assistentes sociais na sua prática do trabalho.

Nas diversas ações realizadas pelo assistente social o sigilo profissional, vem sendo ponto, mais polêmicos e discutidos no próprio Código de Ética profissional e, durante a formação acadêmica (CFESS, 2012) Nessa acepção, o observou-se que a prática da assistente social está em conformidade com o Código de Ética, pois esta profissional encontra-se compromissada com os usuários ao resguardar as informações obtidas no exercício de suas atividades, como afirma a assistente social:

O sigilo profissional é um procedimento essencial, pois, o Serviço Social trabalha com pessoas, e pessoas fragilizadas que buscam no profissional não somente a solução para seu problema, mas que estes profissionais saibam compreendê-los. Diante desse fator, o sigilo profissional além de qualificar e preservar a imagem do paciente que busca o seu reconhecimento como cidadão de direito, também preserva sua imagem resguardando-o de quaisquer atos preconceituosos, ou que tragam algum tipo de constrangimento. Por exemplos em casos de paciente soro positivo, violência doméstica violência infantil, são vários casos em que deve ter o sigilo como uma ética profissional. Sim, o hospital oferece condições da guarda do sigilo, pois, é disponibilizada uma sala para o Serviço Social. (ASSISTENTE SOCIAL, 06/05/2018).

O Serviço Social trabalha no atendimento direto aos usuários, podendo atuar na atenção básica, média e/ou de alta complexidade. Estes atendimentos sociais não hegemônicos podem ser classificados como ações socioassistenciais de articulação interdisciplinar e os socioeducativos (CFESS, 2012).

A falta de políticas públicas que garantam total acesso ao direito à população usuária dos serviços públicos de saúde, fazem com este se torne um ambiente desafiador para o assistente social, uma vez que desempenha a função de mediador entre a instituição e usuários assim, voltada para questão do reconhecimento profissional por parte do usuário

O reconhecimento é em partes, pois nem sempre o atendimento satisfaz o usuário, sobre a questão do direito social, procuro ter uma postura ética e educativa por meio, de orientação no que diz respeito aos seus direitos, para que os mesmos, sejam conhecedores dos seus limites e das possibilidades que o assistente social, como trabalhador, possa intervir dentro da realidade da instituição e na efetividade das políticas sociais (ASSISTENTE SOCIAL 06/05/2018).

É notório que o profissional de Serviço Social enfrenta vários desafios no processo de trabalho para o cumprimento do seu Projeto Ético e, ao mesmo, tempo responder a instituição ao qual faz parte onde, atual realidade a respeito do direito social esta expressão na fragmentação do trabalho e precarizado, ou seja, por falta recurso financeiro, baixos salários, espaços físico. Ressaltando também que o assistente social faz parte do mesmo sistema capitalista.

Sendo assim, a instrumentalidade do exercício profissional deve ser um desenvolver de práticas e técnicas que se atualizam no sentido de que não se estagne no comodismo cotidiano, mais que acompanhe às mudanças e ou trajetórias da sociedade. Isso requer do assistente social buscar elementos que responda de maneira positiva ao problema que lhe é atribuído (GUERRA, 2000).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do assistente social na área da saúde, se dá sob a perspectiva de garantias de direitos e bem estar dos pacientes por meio do atendimento social. Logo, para promover um atendimento harmônico, sendo um elo entre a clientela e a instituição. Atuando como um mediador e mobilizador, no que se refere a projetos e programas que promovam um atendimento humanizado e integral.

A partir dos estudos teóricos e práticos, observou-se que atuação do assistente social no âmbito hospitalar é fundamental, pois, a presença deste profissional, favorece a humanização do atendimento, tanto no atendimento direto ao usuário, quanto na sensibilização da equipe multiprofissional envolvida no atendimento.

Constatou-se no Hospital e Maternidade Municipal de São José de Ribamar, um déficit de profissionais desta área, uma vez que a unidade conta com apenas uma assistente social, com jornada de trabalho diária de 6 horas, gerando prejuízos aos pacientes, por tratar-se de um hospital de urgência e emergência, que funciona 24h. Assim sendo, por 18 horas a unidade não disponibiliza esse atendimento aos pacientes, ocasionando um acúmulo de demandas, sobrecarregando este profissional comprometendo a qualidade dos serviços prestados.

Pode-se dizer a carência de profissionais leva à sobrecarga de trabalho, visto a gama de procedimentos atribuídos ao setor social como: visitas ao leito, palestras educativas, relatórios setorial, marcação de consultas para internados, solicitação de transferências, marcação de cirurgia, acompanhamento de domiciliar de pacientes acamados, dentre outros. Contudo, cabe ressaltar que durante a observação *in loco* não foi verificado haver desvio de função, quanto às atribuições e competências deste profissional, em consonância com o Código de Ética.

Com base no exposto, percebe-se que o número reduzido de assistentes sociais, causa um dano na assistência aos pacientes, dado que, devido a natureza da unidade hospitalar, que agrega o hospital e a maternidade municipal, funcionando 24 horas para atendimento de urgência e emergência. Por essa razão, seria desejável uma equipe de assistentes sociais, com quantitativo suficiente, para dá uma cobertura integral ao horário de funcionamento do hospital, isto é, contar com a presença deste profissional na unidade durante as 24h, com intuito de responder de pronto às necessidades dos usuários.

THE ROLE OF THE SOCIAL WORKER IN A HOSPITAL ENVIRONMENT: AN APPRACH FROM THE HOSPITAL AND MUNICIPAL MATERNITY HOSPITAL IN SÃO JOSÉ DE RIBAMAR (MA).

ABSTRACT

The present study presents a case study about the social worker's role in the hospital environment, bringing as a reference the activities developed in the Hospital and Maternity of São José de Ribamar. It is proposed to contribute to the incipient discussion about the attribution of this professional, both in the theoretical point of view through a literary revision; and in the practical point of view, when presenting the results of the interview conducted with the social service professional of this health unit. Taking as a theoretical contribution the following authors: Barroco (2011), Cress (2012), Guerra (2000), Simões (2014)

Key-words: Social Worker, Code of Ethics, Social Policy, Social Work.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Antônio Geraldo de. **Serviço Social e filosofia: das origens a Araxá**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ASSISTENTE SOCIAL. Técnica do Hospital e Maternidade Municipal de São José de Ribamar de São José de Ribamar-MA. 2018. Entrevista concedida em: 06/05/2018.

BARROCO, Maria Lucia Silva. **Código de Ética do/a Assistente Social comentado**. São Paulo. Cortez 2012.

BEMRING, Elaine. BOSCHETTI, Ivonete. **Política Social: fundamentos e história**. 2 ed. São Paulo: Cortez. 2009.

BERTONILLI FILHO, C. **História da saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Ática. 2004.

BRASIL, **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretário de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

_____. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: Senado Federal, Resolução nº 145, 15 de out. 2004.

BRAVO. M.I. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço social no Capitalismo: fundamentos sócio histórico**. 1 ed. São Paulo: Cortez, 2013.

CEOLIN, George Francisco. **Crise do Capital, precarização do trabalho e impactos no Serviço Social**, Revista Serviço Social e Sociedade, Nº 118, p 239-264, 2014.

CONSELHO Federal do Serviço Social. **Parâmetros para atuação do assistente social: divisão preliminar**. Brasília: CFESS. 2009.

_____. **Código de ética do Serviço Social**. Brasília: CFESS. 2011.

COHN, Amélia. **Saúde Brasil: políticas e organização de serviços**. 6 ed. São Paulo: Cortez, CEDEC. 2005.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento Sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1998.

_____. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 385-434.

FALHEIROS, Vicente de Paula. **Desafios do Serviço Social frente às desigualdades**. São Paulo: Cortez. 2011.

GUERRA, Yolanda. Instrumentalidade do processo de trabalho e serviço social. In: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez. 2000.

GUIDINI, Cristiane. **Abordagem histórica da evolução do sistema de saúde brasileiro: conquistas e desafios.** 2012. Disponível em <<https://repositorio.ufsm.br/bistream/handle>. Acesso em: 20/03/2018.

GUIMARÃES, Maria da Silva. Capacitação para a cidadania. **Revista Interação – cultura e comunidade.** v. 2, n. 2, o. 35-47. 2007.

IAMAMOTO, M. G. V. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez. 1998.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** Cortez. 2001.

INFORMATIVO HOSPITAL E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR. **O hospital e maternidade.** São José de Ribamar: 2017.

LAURELL, Asa Cristina; MORIEGA, Mariano. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário.** São Paulo: Hucte. 1989.

MINISTÉRIO da Saúde. **Rede assistencial do SUS.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 02 de junho de 2017.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Serviço Social e saúde: formação do trabalho profissional.** São Paulo: Cortez. 2008.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais.** Disponível em: <http://www.servicosocialesaude.xpg.com.br/texto2-4.pdf>. Acesso em: 01/07/2018.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento.** 10. ed. São Paulo: Hucitec. 2007.

MONTANO, Carlos. Pobreza, “questão social” e seu enfrentamento. **Revista Serviço Social.** São Paulo, n.110, p. 270-287, abr./jun. 2012.

SANTOS, Filho, Serafim Barbosa. BARROS, Maria Elisabeth B. de (Orgs.). **Trabalhadores da saúde muito prazer: protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde.** Ijuí: Unijuí. 2009.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito Social.** 7 ed. São Paulo: Cortez. 2004.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e sociedade,** v. 19, nº3. 2010.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Cortez. 2002.

_____. **Serviço Social e a prática democrática na saúde.** Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-5.pdf. Acesso em: 01/07/2018.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

1. Esta é uma unidade de saúde de média ou alta complexidade?
2. Quais os serviços oferecidos para comunidade?
3. Como se dá o trabalho do assistente social desta instituição de saúde na perspectiva de promover o acesso dos usuários aos serviços ofertados pelo SUS?
4. Quais os desafios encontrados pelo assistente social para desempenhar seu trabalho nesta instituição?
5. Quantos assistentes sociais compõem a equipe multidisciplinar?
6. Qual o perfil do assistente social atuando no Hospital e Maternidade Municipal de São José de Ribamar?
7. Qual a carga horária?
8. Como se dá a rotina do assistente social nesta unidade de saúde?
9. Quais as principais demandas ocorridas nesta instituição?
10. Como se dá a relação do trabalho do assistente social e usuários?
11. O exercício profissional do assistente social pode interferir na realidade dos usuários atendidos no Hospital e Maternidade Municipal de São José de Ribamar?
12. Quais as especialidades médicas oferecidas e como se dá a relação do assistente social com a equipe multidisciplinar no atendimento aos usuários?
13. Qual a importância do exercício profissional do assistente social no âmbito da saúde?
14. Porque ser assistente social?