

**FACULDADE DE LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

CLARA CAMILA FERREIRA DA SILVA

**A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL E
MATERNIDADE SÃO LUCAS-HMSL NA VISÃO DO USUÁRIO**

JUAZEIRO DO NORTE-CE

2012

CLARA CAMILA FERREIRA DA SILVA

**A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL E
MATERNIDADE SÃO LUCAS - HMSL NA VISÃO DO USUÁRIO**

Monografia apresentada do Curso de Graduação da Faculdade Leão Sampaio, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Profª Francisca Helaide Leite Mendonça.

Profª. Orientadora: Francisca Helaide Leite Mendonça

JUAZEIRO DO NORTE-CE

2012

CLARA CAMILA FERREIRA DA SILVA

**A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL E
MATERNIDADE SÃO LUCAS - HMSL NA VISÃO DO USUÁRIO**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Serviço Social da Faculdade Leão Sampaio, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Prof^a Francisca Helaide Leite Mendonça.

APROVADA EM: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Esp. Francisca Helaide Leite Mendonça
Professora Orientadora

Prof^a. Esp. Pautilia Ferraz Araruna
Professora Examinadora

Prof^a. Esp. Luciana Vieira Marques
Professora Examinadora

Dedico este trabalho em especial a Deus, que é a razão de tudo em minha vida, e sempre me proporcionou força e coragem para vencer todos os obstáculos. Em especial aos meus pais que estiveram presente em toda essa minha jornada me possibilitando amor e dedicação para vencer mais um objetivo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar, que me presenteou com o dom da vida, e mostrou o melhor caminho a seguir, me proporcionando oportunidade de ter um futuro melhor. Que sempre esteve ao meu lado, me possibilitando força e coragem para vencer todos os obstáculos. Obrigado Senhor por ter chegado ao fim desse trabalho, trabalho esse que vai percorrer por toda a minha vida, sempre com garra e dedicação, agradeço por muitas vezes ter tido sabedoria de estudar. Dedico esse trecho da bíblia (PV. 16.1) *“o coração dos homens pode fazer planos, mas a resposta certa vem dos lábios do Senhor”*.

Aos meus pais Mara e Luiz que me apoiaram na formação desse grande sonho. E que sempre estiveram ao meu lado durante toda a minha vida escolar. Meus pais estão altamente orgulhos de mim, tamanha é minha felicidade.

Aos meus avôs maternos Francisca e Zuca (*in memória*), e minha avó paterna (*in memória*), foram essenciais para minha formação, cada um com a sua contribuição. Dedico a minha formatura em especial ao meu avô Zuca que sempre se dedicou para minha educação.

Aos meus tios Martes e Eunice meus inúmeros agradecimentos, eles são espelhos de grande admiração, sempre se propuseram a me ajudar, varias vezes me possibilitaram palavras amigas, essas que me deram forças para continuar a se dedicar cada vez mais. Obrigada tios por todo amor, carinho e dedicação que tiveram a me, agradeço por ter me dado votos de confiança, e por acreditarem no meu potencial. Amo vocês.

Ao meu tio Flávio (*in memória*) que mesmo não estando, mas conosco sempre ajudou na minha formação pessoal e profissional.

A minha irmã Darla Raquel que me apoiou em todos esses anos, que sempre falou para nunca desistir dos meus objetivos.

Aos meus tios Paula, Vanda, Bebeto, Wilson, obrigada por estarem sempre ao meu lado, me apoiando em tudo que precisava.

Ao meu namorado Cícero Tomaz que esteve ao meu lado, me incentivando a estudar, e que sempre acreditou no meu potencial na minha capacidade de vencer. Obrigada amor, por fazer parte dessa etapa da minha vida, amo você.

As minhas melhores amigas e companheiras de jornada Edna, Fabiane, Roberta, Mônica e Erika Jane meus agradecimentos por acreditarem em mim, e sei que nossa amizade é verdadeira. Amigas vocês moram no meu coração.

Aos meus parentes e amigos que colaborarão de forma direta ou indireta, meus agradecimentos por estarem presente nessa etapa da minha vida.

A minha professora e orientadora Helaide, por fazer parte de toda essa trajetória e conclusão desse trabalho. Sei que ser orientadora não é trabalho fácil, e sim é ter um dom, parablenizo-a por todo seu esforço e dedicação que teve a mim, entre erro e acerto conseguimos chegar ao final da melhor maneira possível. Obrigada por sempre está me apoiando até mesmo nas horas mais difíceis que passei, da qual achei que não iria chegar ao final, e mesmo assim você acreditou em mim.

As coordenadoras do Curso de Serviço Social Márcia e Luciana, obrigada por terem sido atenciosas e prestativas nas horas que mais precisei mesmo muitas vezes estando ocupadas nunca se negaram a me ajudar.

A todos os professores do Curso de Serviço Social, por terem contribuído, de alguma forma para o meu conhecimento.

A Assistente Social Cristiane Alencar supervisora de campo de estagio I e II, meus agradecimentos por toda sua colaboração na minha formação, és de grande admiração.

A fisioterapeuta Hayane que sempre me ajudou nos trabalhos acadêmicos, assim repassando um pouco do seu conhecimento para o meu aprendizado.

A todos que fazem parte do Hospital e Maternidade São Lucas, da qual me proporcionaram fazer uma ligação da teoria vista em sala, com a prática vista no espaço institucional. Obrigado família São Lucas.

Aos pacientes que foram praticamente meus instrumentos de estudo, que me possibilitaram adentrar nas suas vidas para contribuir para construção e finalidade desse trabalho.

Agradeço a Andrade e Marinice que durante esses quatro anos estiveram ao meu lado me auxiliando nos trabalhos acadêmicos, obrigado por toda dedicação e companheirismo.

“Renda-se como eu me rendi, mergulhe no que você não conhece como eu mergulhei. Não se preocupe em entender, viver ultrapassa qualquer entendimento”

(Clarice Lispector)

RESUMO

O presente trabalho resulta das análises realizadas no Hospital e Maternidade São Lucas – HMSL, localizado na cidade do Juazeiro do Norte-CE. Esse trabalho foi dividido em três capítulos, o primeiro faz um resgate da política da saúde no Brasil: do surgimento aos dias atuais, o segundo fala do serviço social e saúde e o terceiro será a coleta de dados, a partir da percepção do usuário a cerca do que é Serviço Social no âmbito hospitalar. Partimos primeiro para uma pesquisa bibliográfica sobre o tema, logo após fomos ao campo de estudo para coleta de dados, o instrumento aplicado foi o questionário com os pacientes que se encontravam no hospital. Utilizamos os métodos quantitativos e qualitativos. Amostra foi com 40 usuários atendidos no hospital. Observamos que nos resultados obtidos a maioria dos pacientes vê o serviço social de maneira assistencialista. Portanto a profissional precisa estar mais presente na vida dessas pessoas, realizando palestras que informe qual o papel do serviço social, principalmente dentro do hospital.

Palavras-Chave: Serviço Social. Saúde. Usuário.

ABSTRACT

This work results of the analyzes performed at Hospital São Lucas - HMSL, located in the city of Juazeiro-EC. This work was divided into three chapters, the first rescues of health policy in Brazil: the rise to the present day, the second speaks of social service and health and the third will be collecting data from the user's perception about what is the Social Service in the hospital. We set out first to a literature on the subject, soon after went to the field of study for data collection, the instrument was a questionnaire applied to patients who were in hospital. We use quantitative and qualitative methods. Sample was treated with 40 users in the hospital. We note that the results most patients see the way social welfare service. So the trader needs is more present in their lives, giving lectures to inform the role of social work, particularly within the hospital.

Key-Words: Social Service. Health User.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABESS** - Associação Nacional dos Assistentes Sociais
- ACS** - Agente Comunitário de Saúde
- ANAS** - Associação Nacional dos Assistentes Sociais
- AS** - Assistentes Sociais
- CAPS** - Caixas de Aposentadorias e Pensões
- CAPS** - Centro de Apoio Psicossocial
- CBAS** - Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais
- CEO** - Centro de Especialidades Odontológicas
- CEREST** - Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador
- CFAS** - Conselho Federal de Assistentes Sociais
- CFESS** - Conselho Federal de Serviço Social
- CLT** - Consolidação das Leis Trabalhistas
- CMS** - Conselho Municipal de Saúde
- CNS** - Conferência Nacional de Saúde
- CPMF** - Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira
- CRAS** – Centro de Referência de Assistência Social
- DENERU** - Departamento Nacional de Endemias Rurais
- ESF** - Equipes da Saúde da Família
- IAPS** - Institutos de Aposentadoria e Pensão
- INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social
- LOS** - Lei Orgânica da Saúde
- NASF** - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
- NOB** - Norma Operacional Básica
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- PACS** - Programa Agente Comunitário de Saúde
- PIB** - Produto Interno Bruto
- PNH** - Política Nacional de Humanização
- PSF** - Programa Saúde da Família

SAMDU - Serviço de Atendimento Domiciliar de Urgência

SAME - Serviço de Atendimento Médico Especializado

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SS - Serviço Social

SUCAM - Superintendência de Campanhas da Saúde Pública

SUS - Sistema Único de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01 – FAIXA ETÁRIA.....	42
GRÁFICO 02 – ESTADO CIVIL.....	44
GRÁFICO 03 –QUANTOS FILHOS.....	45
GRÁFICO 04 – SOLICITAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL.....	46
GRÁFICO 05 – A IMPORTÂNCIA DO ASSISTENTE SOCIAL NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.....	47
GRÁFICO 06 – QUALIDADE DO ATENDIMENTO.....	49
GRÁFICO 07 – SOLICITAÇÕES REALIZADAS.....	49
GRÁFICO 08 – RECONHECIMENTO DO PROFISSIONAL.....	50

LISTA DE APÊNDICE

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista	59
---	-----------

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - POLÍTICA DA SAÚDE NO BRASIL: DO SURGIMENTO AOS DIAS ATUAIS	16
1.1 Histórico da Saúde no Brasil.....	16
1.2 A política de saúde na década de 1980.....	21
1.3 A saúde nos anos 90 aos dias atuais	23
CAPÍTULO II - SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE	29
2.1 Breve histórico do Serviço Social na Saúde.....	29
2.2 A Prática do Assistente Social na Saúde.....	33
2.3 Caracterização do Município quanto à saúde e o Serviço Social no Hospital e Maternidade São Lucas	35
CAPÍTULO III – PERCEPÇÃO DO USUÁRIO ACERCA DO SERVIÇO SOCIAL	41
3.1 Metodologia.....	41
3.2 Análise e discussão dos dados.....	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	56

INTRODUÇÃO

O presente trabalho resulta da pesquisa realizada durante o período de estágio supervisionado I e II, e tem como objetivo geral analisar a percepção do usuário quanto à atuação do assistente social no Hospital e Maternidade São Lucas (HMSL). Buscamos observar qual o perfil dos pacientes atendidos no HMSL, e se acontece uma integração entre usuário e o profissional de serviço social, assim identificando se o assistente social atende as demandas que surge no cotidiano desta instituição.

A metodologia que foi utilizada para efetivação deste trabalho foi, uma pesquisa bibliográfica, onde contém vários autores específicos, após recorreremos aos métodos qualitativos e quantitativos, e para essa coleta de dados utilizamos o método da entrevista, onde obtivemos os resultados finais.

A realização deste trabalho de conclusão de curso tem por finalidade proporcionar uma conscientização do profissional a cerca da sua atuação, principalmente no âmbito hospitalar, em seguida mostrar aos usuários a importância do serviço social nesta instituição.

O estudo monográfico é dividido em três capítulos, no primeiro temos o resgate histórico da “Política de Saúde no Brasil”, do seu surgimento aos dias atuais, e analisamos a efetivação dessa política em cada década. Partimos primeiro dos anos de 1920 com a implantação do ideário sanitarista-campanhista até a saúde ser vista de fato como uma política pública destinada à população, ressaltamos também o processo da Reforma Sanitária e a própria efetivação do Sistema de Saúde (SUS).

No segundo capítulo analisamos toda a trajetória do serviço social na Saúde. No primeiro momento falamos sobre o Serviço Social no Brasil, a partir da década de 30, onde o mesmo passava pelo processo de industrialização.

O Serviço Social na Saúde neste período acontece através da medicina previdenciária, movimento este desenvolvido pela Igreja Católica. Assim analisamos o mesmo em cada período histórico até chegar nos anos 90.

Após explanamos a atuação do Assistente Social na área hospitalar no âmbito nacional, visualizando a inserção desse profissional na saúde e finalizamos o capítulo falando um pouco da caracterização do município de Juazeiro do Norte-CE

quanto à saúde e a implantação no Serviço Social no hospital e Maternidade São Lucas, mostrando seus limites e possibilidades.

No capítulo III fazemos uma análise e interpretação dos questionários aplicados mediante a percepção do usuário acerca o que é para ele o Serviço Social.

Começamos primeiro pela metodologia, ou seja, a descrição de todo o trabalho. Após análise foi possível perceber diante dos resultados que o profissional de serviço social necessita procurar meios como: palestras educativas que esclareça sua prática profissional, para o que próprio usuário tenha um conhecimento sobre o seu trabalho realizado nessa instituição hospitalar.

CAPÍTULO I - POLÍTICA DA SAÚDE NO BRASIL: DO SURGIMENTO AOS DIAS ATUAIS

1.1 Histórico da Saúde no Brasil

Entender a política de saúde no Brasil na sociedade contemporânea implica um olhar abrangente acerca do seu desenvolvimento dos diferentes períodos históricos. É importante visualizar como se efetiva a atuação do Estado no que se refere a essa política, desde os primórdios até a atualidade e principalmente sua relação com a sociedade civil.

Segundo Behring e Boschetti (2008) as políticas sociais, podem ser consideradas como um fenômeno associado à constituição da sociedade Burguesa, ou ao modo capitalista de produzir e reproduzir. Naquele período não existia políticas sociais que respondessem as necessidades advindas da população. Portanto manifestavam-se através de greves, mediante as péssimas condições de vida e de trabalho.

As duas primeiras décadas e com muito menor intensidade a década de 1920 – serão marcadas pela ocorrência intermitente de greves e manifestações operárias, as quais tomarão grande amplitude nas conjunturas pré e pós-primeira Guerra Mundial. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2006, p.131).

A ausência de políticas sociais que se destinassem a população era muito nítida nessa época, ocasionando manifestação na sociedade, principalmente pelos operários. No Brasil, a intervenção estatal só vai ocorrer no século XX, mais efetivamente na década de 30. (BRAVO; 2008, p.89).

No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a *vigilância do exercício profissional* e a realização de *campanhas limitadas*. (IBIDEM, 2008, p.89).

A saúde emerge como “questão social” no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do

trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado. (BRAVO; 2008, p.90 apud BRAGA e PAULA, 1986: 41-42).

A saúde pública na década de 1920 passa por varias transformações. A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central.

Neste período, também foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a criação das Caixas e Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como lei Elói chaves. (BRAVO; 2008, p.90).

As CAP's eram financiadas através da contribuição da empresa empregadora e dos trabalhadores da empresa. Mediante o desconto mensal de 3% do salário dos funcionários e 1% da renda bruta anual das empresas, ficava assegurado aos ferroviários o direito de aposentadoria por tempo de serviço, medicamentos. (FILHO; 2006, p.33).

Entretanto, outros direitos eram efetivados, tais como o tratamento médico, auxílio funeral e pensão para os familiares do segurado em caso de óbito, sendo que havia uma delimitação no acesso a esses serviços, pois só era destinado ao setor ferroviário, ou seja, para as empresas de estradas de ferro.

Essa caixa apresentava serviço irregular, não oferecendo cobertura para as doenças mais graves (IBIDEM; p.33). Portanto, os operários que apresentassem um estado de saúde mais delicado sofriam algumas dificuldades para ter a assistência médica de acordo com a sua necessidade, principalmente os operários com tuberculose, pois, "(...) o tratamento era longo e exigia que o doente ficasse internado em sanatório localizado nas regiões montanhosas, obrigando-o a ficar longe do trabalho e da família" (IBIDEM; p.33) podendo afetar ainda mais o estado de saúde do doente

Em 1930, têm como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, o início da intervenção estatal, e a ampliação das políticas sociais em resposta do agravamento da questão social.

A conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que

respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. (BRAVO; 2008, p.91).

Concretizado a formação da política social brasileira em 1930, no governo de Getúlio Vargas, surge a Legislação Previdenciária e Trabalhista, o Ministério do Trabalho, e o Ministério da Educação e Saúde Pública, este, com campanhas preventivas na área da saúde coletiva, e a primeira medida social no Brasil, o seguro social.

É durante a Era de Vargas em 1930, que se tem a substituição das CAPS pelo o Instituto de Aposentadoria e Pensões – IAPS, neste os trabalhadores eram vinculados a categoria profissional, ou seja, cada profissão tinha seu próprio instituto (marítimos, bancários, industriários, comerciários, estivadores), o que difere das caixas, que eram organizadas e vinculadas às empresas. A contribuição era tripartite, ou seja, todos contribuem o Estado, o trabalhador e a empresa, quando nesse momento surge à medicina previdenciária. Os benefícios previstos mediante contribuição eram: pensão em caso de morte (para os integrantes das famílias ou os beneficiários); aposentadoria; assistência médica e hospitalar; e socorros farmacêuticos. (POLIGNANO: 2010).

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois níveis: o de saúde pública e o de saúde previdenciária (BRAVO; 2008, p.91), a primeira era destinada aos menos favorecidos da sociedade, sendo que de forma mínima. Já a segunda era direcionada aqueles que contribuía com o IAP da sua categoria profissional. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 1960, e se centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para a população urbana e, restritamente, para o campo. (IBIDEM; p.91).

Portanto, neste período algumas conquistas trabalhistas foram consolidadas com a Constituição de 1934, que segundo Filho,

(...) incorporou algumas garantias ao operariado, tais como a assistência médica, a licença remunerada a gestante trabalhadora e a jornada de trabalho de oito horas. Nos anos seguintes, outros benefícios, como o salários mínimos, forma incluídos na legislação trabalhista, culminando com o estabelecimento em 1943 da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). (FILHO; 2006, p.34).

Com a CLT em 1943, os trabalhadores tinham como direito obrigatório o recebimento do salário mínimo e além desse, outros direitos foram atendidos como:

“indenização aos acidentados, o tratamento médico aos doentes, o pagamento de horas extras, as férias remuneradas, entre outros, a todos os operários portadores de carteira de trabalho” (IBIDEM; p.34).

No ano 1937, foi efetivado o primeiro serviço de saúde pública, com a criação da campanha contra Febre Amarela, e em 1939 cria-se o serviço de Malária do Nordeste, onde ambos os serviços eram conveniados com a fundação Rockefeller.

Segundo Polignano (2010), no ano 1941, a questão da saúde no Brasil perpassa por algumas modificações, como a criação da reforma Barros Barreto, que seria órgãos executivos para endemias, fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz, os programas de abastecimento de água e construção de esgotos. Já 1942 temos Serviço Especial de Saúde (Sesp), (... para sanear as regiões de exploração da borracha amazônica e o vale do Rio Doce (IBIDEM; 41). Esse serviço atuava na região Norte do Brasil e no estado de Minas Gerais, com o objetivo de combater os surtos de febre amarela e malária. No ano de 1949 (...) os institutos organizaram o Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência (SAMDU) (SIMÕES, 2008 p.125) que era um serviço de saúde para os doentes ou acidentados e principalmente para os que estivessem com o estado de saúde muito crítico.

De acordo com Bravo (2008 p.20):

A política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945 a 1950. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a 2ª Guerra Mundial, em convenio com órgãos do governo americano e sob patrocínio da Fundação Rockefeller. No final dos anos 40, com o Plano Salte, de 1948, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 1953, mas não foi implementado.

Apesar da existência do SAMDU, da saúde previdenciária e do setor público de saúde, a situação da população era precária, não conseguindo assim eliminar as doenças infecciosas.

Com o acelerado processo de industrialização no Brasil a partir de 50, o governo procurou outra forma de intervir na Política de Saúde. Então de acordo com Bertolli Filho (2006, p.40). Em maio de 1953, foi criado o Ministério da Saúde, resultado de sete anos de debate Em 1956, surge o Departamento Nacional de

Endemias Rurais – DENERU -, introduzindo nas suas ações os remotos serviços nacionais no combate a malária, febre amarela e peste.

Durante o período de 1945 a 1964, pouco se investiu na saúde da população brasileira, destacando-se apenas os anos 50, 56 e 63, onde se teve uma maior atenção e gastos com a saúde pública, gerando assim melhorias nas condições sanitárias. Mesmo diante deste quadro, os investimentos na área da saúde não conseguiram combater com as epidemias da época, ocasionando a impossibilidade de eliminação das doenças parasitárias e infecciosas, como também o aumento das taxas de morbidade, mortalidade infantil e mortalidade geral. (BRAVO; 2008, p.92).

A organização do atendimento hospitalar privativo, ou seja, com fins lucrativos, acontecia no nosso país desde os anos 50 e seguia na direção para a construção das empresas médicas. A associação médica brasileira neste período era a mais estruturada, organizada e pressionava o financiamento do setor da saúde por parte do Estado, almejando e defendendo a privatização. Mesmo diante das pressões, a assistência médica previdenciária, até 1964, era ministrada pelos próprios serviços dos Institutos. Nessa época a compra de serviços médicos terceirizados era minoritária, o que vai ser totalmente diferente na Ditadura Militar. (IBIDEM: 2008, p.92).

A ditadura significou, para a totalidade da sociedade brasileira, a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática. Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação de capital. (IBIDEM: p.93).

Segundo o mesmo autor (2008), o setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. Podemos ressaltar que a saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu.

Polignano (2010) ressalta que no mesmo período, foi promulgado o Decreto Lei nº 200 em 1967, com o objetivo de organizar e coordenar a política de saúde,

determinado as competências do Ministério da Saúde: ações preventivas em geral; pesquisa médico-sanitário; controle de drogas e medicamentos e alimentos, assim utilizando da mesma lógica das campanhas preventivas.

Em 1970, surge a SUCAM- Superintendência de Campanhas da Saúde Pública- com ações voltadas a erradicação e controle de endemias, substituindo o DENERU. Posteriormente em 1975, cria-se o Sistema Nacional de Saúde (que ficou só no papel, efetivando-se apenas em 1988), onde o mesmo estabelecia atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. O referido sistema promulga que a medicina curativa seria de responsabilidade do Ministério da Previdência e a medicina preventiva competência do Ministério da Saúde. Então partiram para a medicina curativa, sendo ela mais cara, pois os recursos eram advindos da contribuição dos trabalhadores.

1.2 A política de saúde na década de 1980

De acordo com Bravo (2008) o Brasil vivencia o processo de democracia política e uma profunda e persistente crise econômica que perdura até os dias atuais. Nesta época temos a grande mobilização da população no que se refere à saúde no nosso país, e o surgimento e a participação de novos sujeitos sociais (líderes comunitários, profissionais de saúde, médicos, integrantes de partidos políticos, integrantes de movimentos sociais, entre outros).

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismo de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO; 2008, p.96).

A mesma autora destaca, nesta década um marcante e fundamental debate em relação à questão Saúde no Brasil, mediante a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em março de 1986, na cidade de Brasília. Participaram da Conferência cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, entre elas mil delegados; integrantes de sindicatos; representantes de comunidades; associações de

profissionais, entre outros. Os temas centrais foram: I – A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, II – Financiamento setorial. (Ibidem; p.96). Foi a primeira vez que a população participou das discussões sobre a saúde coletiva. 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.

Na ótica de Bravo (2008):

O processo constituinte e a promulgação da constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes. (p.96).

Em 1988 temos a promulgação da Constituição Federal, que nasceu diante de inúmeras reivindicações populares. A constituição Federal garante todos os direitos sociais, inclusive a saúde, é também instituído o conceito da seguridade social – função de manter a paz e a ordem social – é considerada a base de sustentação da sociedade brasileira, composta pelo tripé: saúde, previdência e assistência social.

Surge neste momento a saúde com caráter universalista, da qual através do SUS há uma ampliação no conceito de saúde e uma continua luta pela Reforma Sanitária. Podemos dizer que a saúde é direito de todos como promulga no Título VIII – Da Ordem Social – na Seção II Da Saúde artigo. 196 que: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Após vários acordos políticos e pressão popular, começam a atender em grande parte às reivindicações do movimento sanitário.

Os principais pontos aprovados na Constituição Federal, de acordo com Teixeira (1989; p. 50-51) *apud* Bravo (2008). Foram: A saúde é direito de todos e dever do Estado, não existindo assim discriminação entre segurado e não segurado, e rural e urbano. Agora os serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao

poder público sua regulamentação, fiscalização e controle. Os serviços públicos serão interligados em redes hierarquizada, regionalizada, descentralizada e atendimento integral, com participação da comunidade; a participação do setor privado acontecerá de forma complementar, com entidades filantrópicas, as entidades privadas prestadoras de serviços acontece de acordo com contrato com o direito público, permitindo que o Estado possa intervir a qualquer momento nas entidades que não estiverem seguindo os termos que estão no contrato, e temos a proibição da comercialização de sangue e seus derivados. Teixeira (1989; p. 97-98) *apud* Bravo (2008).

A efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), como um direito contido na Constituição Federal de 1988, acontece nos anos 1990, e apesar de ter sido uma conquista da sociedade organizada e de significar um avanço no setor saúde, nessa década tem-se um retrocesso diante dessa política, com a implantação do neoliberalismo, que prega a minimização das políticas sociais, se focando apenas no setor econômico.

1.3 A saúde nos anos 90 aos dias atuais

No ano de 1990, promulga-se a Lei Orgânica da Saúde (LOS), como forma de organizar os serviços prestados pela saúde. Ele só é regulamentado através da Lei nº. 8.080 de 19 de setembro, onde detalha a organização do SUS.

O SUS é definido no Título VIII da Ordem Social- Capítulo II- da Seção II Da Saúde no artigo. 198 da Constituição Federal de 1988 assim: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com suas diretrizes.

A Lei de nº. 8.142/1990 trata-se de um grande marco presenciado nos anos 1990, pois ela passa a fortalecer as propostas do SUS, posta na Constituição Federal de 1988, e outra importância no que se refere a essa lei, foi a criação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e do repasse financeiro para cada conselho existente nas esferas de governo. Essa Lei vêm complementar e detalhar a Lei anterior através da participação da sociedade civil, onde a sociedade terá um controle social na saúde, esta participação se dá por meio de acompanhamentos desde das formulações de projetos e programas até as execuções das políticas de saúde. (CORREIA: 2008).

Podemos destacar os princípios do SUS: I – A Universidade, ou seja, acesso garantido aos serviços de saúde para todos sem distinção de sexo, raça ou renda; II – A Equidade, que garante a assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios (é o princípio de justiça social) e III – Integralidade, onde as ações da saúde devem atender as necessidades da pessoa como um todo. Quanto aos objetivos e as atribuições podemos citar algumas: formulação da política de saúde; assistência à população através de ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde; formular e executar políticas de ações de saneamento básico; ações de fiscalização na vigilância sanitária e epidemiológica; identificar e publicar fatores condicionantes e determinantes da saúde; ações com interesse na saúde do trabalhador; (POLIGNANO: 2010).

Diante das perspectivas vistas sobre a redução das políticas sociais, principalmente a de saúde, (...) no neoliberalismo um dos aspectos é o da declarada indisposição quanto à assistência do Estado (SCHONS; 2008, p.182), que nesse período se posiciona contra o que pregava como direito da população e dever dele, de estar provendo os mesmo, ou seja, os direitos sociais.

Em 1991 a 1994, o Presidente da República Fernando Collor de Melo, implementa de forma voraz a política neoliberal, reduzindo o Estado ao mínimo. No seu discurso a redução com os gastos públicos se efetivará com a privatização das empresas estatais, o que irá contribuir para o equilíbrio financeiro, mas na prática esta estratégia reduziu os gastos em todos os âmbitos do governo e principalmente na área social, englobando também o setor da saúde, o que ocasionará o enxugamento dos direitos sociais já conquistados mediante Constituição Federal. (MOURÃO; LIMA; SOUZA; OLIVEIRA: 2008).

Neste período o governo começa a editar as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB's), que são instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da união para estados e município, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros. A primeira NOB foi editada em 1991, seguida da NOB/93 e NOB/96. Foi à primeira Norma que redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do Sistema Único de Saúde – SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços que permanece, em grande parte, vigorando até hoje. (Ibidem; p.358).

Para a consolidação e efetivação do modelo SUS instituído na Constituição Federal de 1988, é criado pelo Ministério da Saúde em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), de acordo com o referido Ministério o principal objetivo desse programa é: reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Com o intuito de gerar vínculos mais fortes com os profissionais da instituição, os usuários e suas famílias. A equipe seria composta, minimamente, por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (AMARAL: p.199). A partir da implantação do PSF, surgiu juntamente com ele o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) ficaria responsável no acompanhamento de determinada comunidade, sendo delimitado o número de pessoas de acordo com a regulamentação do programa, os mesmos atuam nessas comunidades realizando visitas, fazendo encaminhamentos para o PSF, fazendo cadastros e informando a população sobre algumas medidas de saúde.

Conforme Polignano (2010), em 1995, Fernando Henrique Cardoso assume a Presidência da República, permanecendo também com o modelo neoliberal e a idéia do Estado mínimo. Implementando a redução estatal, o então Presidente intensifica as privatizações, a reforma previdenciária, administrativa e tributária, gerando graves e grandes prejuízos para o nosso país, refletindo diretamente no social como: as privatizações estatais – Embratel, Coelce, Teleceará e a Vale do Rio Doce-; e a reforma administrativa, onde destacamos (altos índices de demissão de funcionários, principalmente na classe bancária); e o agravamento das desigualdades sociais; desemprego; exclusão social; o desmonte significativo das políticas sociais; arrocho salarial; redução dos serviços essenciais – saúde e educação-; congelamento dos salários, entre outros. Nesse momento o setor da saúde fica ainda mais prejudicado.

No ano de 1996, temos o agravamento da crise no setor de saúde, o então Ministro da saúde Adib Jatene, propõe uma alternativa econômica com o intuito de arrecadar recursos exclusivos para financiar a saúde, a criação da CPMF (Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira), este imposto passou a vigorar em 1997, e a previsão de vigência seria um ano, o único objetivo era arrecadar recursos que seriam destinados apenas na área da saúde.

No final de 1996, o ministério da saúde sentiu que os seus esforços para aumentar a captação de recursos para a saúde tinham sido em vão, pois o setor econômico do governo deduziu dos recursos do orçamento da união destinados para a saúde os valores previstos com a arrecadação da CPMF, e que acabou ocasionando o seu pedido de demissão do cargo neste mesmo ano. Desde que começou a vigorar a CPMF, foram freqüentes as denúncias de desvios, por parte do governo, na utilização dos recursos arrecadados para cobrir outros déficits do tesouro. (IBIDEM; p.27-28).

Ainda no mesmo ano, é criada a NOB/96, “vem aperfeiçoar as gestão dos serviços da saúde no país e a própria organização do sistema (...)” (AMARAL; p.175), aqui o município será o responsável total no atendimento aos usuários de saúde através da demanda dos mesmos. Nesse mesmo ano realiza-se X Conferência Nacional de Saúde (CNS), onde o tema central era: SUS: Construindo um novo modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida. Já 1997, é sancionada a lei nº. 9431/1997, onde divulgava a obrigatoriedade de um programa que controlasse o nível de infecções hospitalares em todo país.

Em 2000 é criado o cartão nacional de saúde, ou seja, o cartão SUS, como forma de organizar os serviços de saúde e principalmente identificar os usuários, facilitando assim o acesso dos mesmos aos serviços de saúde pública.

Segundo Bravo (2008), com a eleição do Presidente da República Luís Inácio Lula da Silva no ano 2000, no que se refere à saúde, tinha uma perspectiva de que houvesse um fortalecimento do projeto de reforma sanitária, que foi discutido nos anos 90, e nessa época, se teve a efetivação do projeto de saúde ligado à privatização. Durante a gestão, o governo relata como desafio a introdução da agenda ético-política da reforma sanitária e mantém a polarização dos dois projetos, em algumas propostas tende a fortalecer o primeiro projeto e em outras procura manter o segundo, quando as ações é a focalização e o desfinanciamento.

A política econômica do governo anterior permaneceu e as políticas sociais continuam fracionadas e dependentes da lógica econômica. Nessa setorização, a concepção de seguridade social não foi valorizada, mantendo a segmentação das três políticas: saúde, assistência e previdência social. (Ibidem; p.102). Em relação à política da saúde do referido governo nos aspectos de inovação temos:

[...] o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais

comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas quatro secretarias e extintas três; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde. (BRAVO; 2008; p.102).

Já 2003, foi realizado em Brasília a XII Conferência Nacional de Saúde, cujo tema era: Saúde: Um direito de todos e dever do Estado: A saúde que temos e o SUS que queremos. Tendo como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde (BRAVO, 2008, p.103), ou seja, através desse plano plurianual, serão fixados nele as demandas de saúde visualizadas na sociedade para serem efetivadas através do SUS, que vai desde a questão financeira dos recursos de saúde, a qualidade dos serviços prestados, e a efetivação do que foi posto no plano.

Essa Conferência tem como propósito primordial minimizar os sérios problemas do SUS, com ênfase no setor de recursos humanos e serviços de qualidade. A perspectiva em relação à conferência era de que ela destaca-se entre as anteriores e tivesse a mesma relevância da 8ª CNS de 1986. Também para a autora, graves são os problemas com o financiamento do SUS, tais como:

[...] proposta de desvinculação da CPMF da receita do setor saúde; utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o superávit primário das contas públicas; decisão do Presidente da República, orientado pelos Ministros do Planejamento e da Fazenda, de ampliar o conteúdo das “ações de serviços de saúde”, incluindo gastos com saneamento e segurança alimentar, o que ocasionou a redução de 5 bilhões dos recursos destinados ao SUS. (BRAVO: 2008; p.105).

Em 2004, é lançado pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Humanização (PNH) no SUS, nela estão inseridos os direitos dos usuários da saúde pública, onde a humanização também passa a integra-se como um desses direitos, como forma de melhorar o atendimento e acolhimento entre profissionais e pacientes nas unidades de saúde e em 2006 é criada a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, onde através dela o usuário poderá visualizar os seus direitos e reivindicar pela efetivação dos mesmos. Já em fevereiro de 2006 é criado o Pacto pela Saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de observar

e analisar a situação da saúde em âmbito nacional, com ênfase nas necessidades da população.

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, odontólogo, atendente dentário e agentes comunitários de saúde) que compõem as Equipes da Saúde da Família (ESF). Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de coresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. (BRASIL, 1994).

De acordo com a Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, cria-se o NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família – está vinculado aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, determinado normas e critérios para os municípios introduzirem novos profissionais para dar suporte técnico as equipes do PSF, realiza suas atividades em conjunto com as Equipes de Saúde da Família – ESF -, com o objetivo de auxiliar e promover serviços de qualidade dentro do Programa de Saúde da Família – PSF, atendendo assim a real necessidade da população usuária desse sistema. São criados dois tipos de NASF: NASF 1 atende no mínimo oito e no máximo vinte Equipes de Saúde da Família, NASF 2 atende no mínimo três Equipes de Saúde da Família. Conforme portaria Ministerial o a composição do NASF define assim:

Na atualidade, a saúde apesar de ter tido muitas conquistas, há uma fragmentação na sua execução. A análise que se faz do governo Lula é que a política macroeconômica do antigo governo foi mantida e as políticas sociais estão subordinadas á lógica econômica (BRAVO, 2008, p.102), ou seja, é perceptível que a saúde posta na Constituição Federal de 1988 não é efetivada de fato nem na realidade contemporânea, e muito menos nas décadas anteriores. Nos dias atuais, a principal mudança é que nos anos passados a focalização era muito mais abrangente com ausência do SUS, já na atualidade a focalização ainda é existente.

CAPÍTULO II - SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

2.1 Breve histórico do Serviço Social na Saúde

O Serviço Social no Brasil inserido no âmbito da saúde surge a partir da década de 30 quando economicamente o País passou por transformações industriais, onde o Estado redefiniu seu papel enquanto regulador, criando as políticas sociais, o que vem contribuir para as mudanças na vida dos trabalhadores. Diante dos acontecimentos tais como: desigualdade social, miséria, pobreza e desemprego a questão social era vista como “caso de polícia”.

Segundo BRAVO (2004):

“A questão social neste período precisava ser enfrentada de forma mais sofisticada, transformando-se em questão de política e não de polícia, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem os assalariados urbanos, que se caracterizavam como atores importantes no cenário político nacional”. (pág.26).

A saúde no Brasil, conforme ressaltamos no I Capítulo, a partir de 30, inicia sua atuação através de campanhas sanitaristas para a prevenção das doenças. A medicina previdenciária era vista como um método de arrecadação, por parte do salário dos trabalhadores de alguns setores, como por exemplo, a carteira assinada, a fim de utilizar como concessão de benefícios quando assim este necessitasse.

O Serviço Social começa a se inserir na saúde a partir da assistência prestada pela medicina previdenciária e nas ações de educação a saúde, movimento este desenvolvido pela Igreja Católica. Não se pode esquecer que o profissional era uma espécie de educador para orientar a população nos hábitos de higiene.

A prática do Serviço Social era rotineira e burocratizada, não esquecendo, portanto que o profissional atendia aos interesses da classe dominante, fazendo com que o trabalhador seguisse uma rotina estressante de trabalho, sem reclamar, pois necessitava estar empregado, dessa maneira estaria tendo todo o controle social. As políticas sociais onde o profissional atuava era de uma forma assistencialista, com intuito de regular a vida em sociedade, para que não houvesse momentos de revolta da população.

[...] E políticas sociais se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico. As políticas sociais têm suas raízes nos movimentos populares do século XIX, voltadas aos conflitos surgidos entre capital e trabalho, no desenvolvimento das primeiras revoluções industriais. (HOFLING, 2001, p. 31)

A partir de 1945, em função das transformações ocorridas no cenário mundial, observamos a expansão do Serviço Social na saúde através de ações não mais apenas para o atendimento ao “cliente”.

Para Bravo e Matos (2006, p. 199), o “novo” conceito de saúde, elaborado em 1948, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), enfocando-se os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social. O papel do profissional era de educar seus usuários a terem hábitos saudáveis, “ajustando-os” na sociedade.

Já na década de 60, destaca-se a ditadura militar, momento de repressão, mas que não veio alterar de uma maneira diferente e significativa o trabalho do assistente social. A política da saúde no período de 1964 a 1974, em relação ao setor privado, temos o reconhecimento da prática clínica e da assistência médica-curativa, assim desvalorizando totalmente as ações preventivas de caráter coletivo. Portanto, há uma diminuição da ação estatal como regulador das políticas públicas de saúde para o setor privado.

Diante da conjuntura ditatorial brasileira, com a prática do conservadorismo, o corpo profissional não se comportou de modo igual. Tivemos como marco principal para a virada do Serviço Social contra o conservadorismo o III Congresso Brasileiro de Assistente Social ocorrido em 1979, conhecido como o Congresso da Virada. A categoria profissional se articulou ao movimento dos trabalhadores, assim rompendo com a dominância do conservadorismo, instaurado na profissão.

Nesta mesma época os IAP's passaram a ser o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Já no que se refere ao Serviço Social não tivemos muitas mudanças significativas. O assistente social ainda tinha uma prática conservadora, com uma visão psicologizada de toda a totalidade social, visto que o indivíduo era totalmente culpabilizado pela sua condição social, e o profissional de serviço social iria trabalhar justamente nesse processo de conformidade dessas pessoas para que se adaptassem a realidade social.

Na década de 80, tivemos como ponto inicial a mobilização política e a crise econômica, conhecida como “milagre econômico”, em consequência o Serviço Social busca mudanças através do Movimento de Reconceituação, onde através das universidades, os futuros profissionais buscavam uma renovação teórica, crítica a cerca da metodologia e da prática do Serviço Social. O movimento Sanitário procurou ainda mais força nessa década, buscando a elaboração de propostas para que o setor público investisse mais em si e menos no privado.

De acordo com BRAVO (1996):

O processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas por ter sido um movimento de revisão interna, não foi realizado umnexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela reforma sanitária. Na nossa análise, esses são os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde.

Tal movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, inúmeros representantes de vários segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição 1988, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.

O Serviço Social nesse momento passa pelo período de maturidade nas universidades, com a intenção de ruptura, vinculada 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) *apud* BRAVO (1996)).

Fazendo um balanço do Serviço Social na área da Saúde nos anos 80, observam-se mudanças, como por exemplo, a postura crítica dos trabalhos na saúde, apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais - CBAS, realizado em 85 e 89. A apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social - ABESS, Associação Nacional dos Assistentes Sociais - ANAS e Conselho Federal de Assistentes Sociais - CFAS para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde. (BRAVO, 1996).

O que podemos observar é que ocorreram avanços na área teórica o Serviço Social veio a passar por transformações, mas ainda na prática interventiva tivemos poucos avanços, por conta da atuação reguladora do Estado.

Já em 1990, o modelo econômico, segundo Bravo e Matos (2006, p.205):

Chega ainda com uma incipiente alteração da prática institucional, continua enquanto categoria desarticulada do movimento de reforma sanitária e, com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão.

Não podemos esquecer que na década de 90, dois projetos políticos estavam em disputa na área da saúde. O projeto privatista, o qual apresentava para os profissionais demandas conforme cita Bravo (2006), seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

Já o projeto da reforma sanitária o que para o Serviço Social apresentava como demandas que o assistente social trabalhasse as seguintes questões: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã.

A resolução 218/1997, o Conselho Nacional de Saúde - CNS, reconhece o Assistente Social como um dos treze profissionais de saúde, o que vem reafirmar o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS, inserindo esse profissional no seu compromisso ético-político, o que está expresso no Código de Ética de 1993.

O profissional de Serviço Social incluído nessa política da saúde busca através dos seus conhecimentos, realizar atividades de informação, com objetivo de assegurar a integralidade dos cidadãos perante seus direitos garantidos na Constituição 1988.

(...) uma prática profissional burocrática que segue mecanicamente normas impostas pelo regulamento da administração, autoridade ou seu representante, e que ao priorizar um atendimento de escuta, acolhimento, encaminhamento e/ou preenchimento moroso e mecânico de formulários, questionários, cadastros que viabilizam acesso a benefícios ou inscrição em programas da instituição referenda a complicação e morosidade da coisa pública

burocratizada, que objetiva dificuldade ou inviabilizar o acesso dos usuários a serviços e recursos enquanto direito social. É necessário pensar uma ação crítica, e atualmente, mais do que nunca refletir na ação profissional, no que compete a garantia dos direitos sociais. (VASCONCELOS, 2006, p.250).

É de grande importância que o Assistente Social esteja sempre atualizado em diversas áreas de conhecimento, principalmente os que estão inseridos no ambiente hospitalar, é importante que o profissional faça uma avaliação um estudo da instituição a qual estará trabalhando, bem como seus projetos e programas, a fim de responder as demandas que lhe são postas no cotidiano.

Na visão de BRAVO & MATOS (2008, p.213):

(...) ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios da Reforma Sanitária e do Projeto Ético Político do Serviço Social.

Cabe, portanto, ao profissional de Serviço Social criar meios para que haja a efetivação do direito social à saúde, sempre defendendo o aprofundamento do SUS, embasando sua prática no Código de Ética Profissional, mediando juntamente com os objetivos da instituição, mas nunca se esquecendo de colocar em prática os objetivos do projeto ético-político da profissão.

2.2 A Prática do Assistente Social na Saúde

O trabalho do Assistente Social, no campo da Saúde, tem como atividade principal intervir junto aos fenômenos socioculturais e econômicos dos usuários com intuito que seja garantido a promoção, proteção e recuperação da saúde deste enquanto usuário da rede pública e privado.

A prática profissional dos Assistentes Sociais na saúde vem se ampliando, e a cada dia tem se tornado indispensável, pois sua intervenção demonstra que o processo saúde-doença é determinado cada vez mais por fatores sociais. Os usuários chegam ao atendimento do Serviço Social através de procura espontânea, encaminhamentos internos ou externos.

Segundo Vasconcelos (2001, p. 8):

No plantão, em resposta a estas demandas, os assistentes sociais realizam "encaminhamentos internos" (para Programas, Projetos e/ou serviços da unidade), "encaminhamentos externos" (INSS, Defensoria Pública, outras unidades de saúde, recursos assistenciais, etc.) e/ou "orientações diversas" (previdenciária, documentação, realização de exames, etc.

O atendimento na área da saúde vale salientar, não deve está apenas centrada no atendimento médico, mas sim nas diferentes intervenções. O direito do usuário deve ser garantido, mesmo diante das inúmeras normas institucionais, é justamente nesse momento que o profissional deve mediar esse atendimento e assegurar o cumprimento dos direitos dos cidadãos.

Segundo lamamoto (2001:20) ao analisar tal questão afirma que:

(...) 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.

É de grande importância o trabalho do Assistente Social na área da saúde seja no âmbito hospitalar, nas áreas de gestão em Secretarias Municipais ou nos Programas de Saúde da Família - PSF, pois é através deste atendimento que o usuário tentará solucionar seus problemas, mediante o sistema em que trabalhamos muitas vezes não nos dar suporte para a concretização dos direitos dos usuários.

É necessário que nos dias de hoje o profissional seja capaz de desenvolver propostas de trabalho criativas e inovadoras, que venha tentar concretizar direitos sociais da população usuária. Não esquecendo que um dos fatores que dificulta o trabalho do Assistente Social, é o espaço físico que muitas vezes não é adequado ao atendimento ao usuário.

O profissional tem que ter a capacidade de pesquisa perante a realidade trabalhada, pois é através dessas análises que este será capaz de utilizar no seu entendimento, com o uso de técnicas adequadas para cada caso como: Anamnese Social, Reunião de grupo, etc., onde o profissional colhe dados e informações necessárias para um melhor atendimento das necessidades a serem trabalhadas com o paciente e seus familiares.

KOSIK (1985, p. 10) afirma que:

“(...) a realidade não se apresenta aos homens à primeira vista, sob o aspecto de um objeto que cumpre intuir, analisar e compreender teoricamente (...) apresenta-se como o campo em que se exercita a sua atividade prático-sensível, sobre cujo fundamento surgirá a imediata intuição prática da realidade.”

Inúmeros são os desafios postos para o profissional de Serviço Social inserido na saúde, a busca constante em está bem informado e principalmente conhecer os parâmetros que regem a seguridade social, pois será através deste conjunto de políticas sociais que o Assistente Social procurara amparar e assistir o cidadão e a sua família em situações de vulnerabilidade social.

Portanto é de grande relevância o acompanhamento do profissional de Serviço Social na evolução do usuário, onde para isso é necessário a sua inserção na equipe multidisciplinar, pois essa relação trará muitos benefícios. Assim é essencial sempre manter contato com os familiares, pois será através das consultas sociais que se buscaram muitas vezes as respostas para determinada demanda posta pelo usuário.

2.3 Caracterização do Município quanto à saúde e o Serviço Social no Hospital e Maternidade São Lucas

O Município de Juazeiro do Norte, localizado na região Sul cearense, a 514 km da capital Fortaleza é constituída por aproximadamente 250.000 habitantes. É conhecida como a capital da fé, por atrair milhares de religiosos que vão em busca da cura no considerado santo pelos fiéis, o Padre Cícero Romão Batista.

A cidade por ser um ponto turístico, apresenta um grande crescimento na economia. No que se refere ao setor industrial, recebe constantes investimentos, por ser considerado o principal pólo calçadista do Norte/Nordeste e o segundo do país, no comercio, 69,6% corresponde ao PIB Municipal (dados do IPECE), com um grande fluxo de turistas por conta das romeiradas.

Portanto a saúde pública de Juazeiro vem ao longo do tempo passando por transformações e a cada dia essa falta de estrutura reflete sobre a população que tanto espera por um atendimento humanizado. Uma cidade com uma população de 250 mil habitantes, sem dúvidas apresenta inúmeros problemas sanitários, pois o município vem crescendo muito e a infra estrutura sanitária não vem acompanhando.

Hoje, a cidade conta com 63 Equipes da Saúde da Família - ESF, este serviço oferta a população uma atenção primária, para que desobstrua os hospitais e atenda melhor a população. Localizado em áreas periféricas, a equipe do ESF busca uma interação com a comunidade, através dos Agentes de Saúde, que estão diariamente visitando-as e orientando-as quanto a sua saúde de seus familiares.

Com uma equipe multidisciplinar formada por: Enfermeiros, Médicos, Dentista, Agente de Saúde, Técnico de Enfermagem, todos eles trabalham com a definição do território de abrangência, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Cabe a equipe conhecer as famílias do seu território e identificar os problemas de saúde existentes, para posteriormente desenvolver ações educativas e Inter-setoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados.

Em dezembro de 2007, é inaugurado na cidade de Juazeiro o (NASF) Núcleo de Apoio a Família. Este é um programa desenvolvido pelo governo Federal, formado por Fisioterapeuta, Assistente Social, Farmacêutico, Psicólogo e Educador Físico. O programa visa ampliar a abrangência e a diversidade das ações dos ESF pois o mesmo é distribuído a cada cinco equipes de ESF, fazendo um serviço complementar as famílias daquela área.

O município dispõe de uma Unidade de Pronto Atendimento - UPA, funcionando no bairro Franciscanos, vinte e quatro horas por dia. Os serviços oferecidos a população são de atendimentos ambulatoriais, dentista e distribuição de medicamentos.

O Centro de Dermatologia, especializado em doenças da pele, com uma atenção maior aos pacientes portadores de hanseníase, dispendo de uma equipe de médicos, enfermeiros, terapeuta ocupacional e auxiliares de enfermagem, para atender a população. Funcionando de segunda a sexta-feira em horário comercial, no bairro Santa Tereza.

Inaugurado em 2007 no bairro franciscanos, o Serviço de Atendimento Médico Especializado - SAME, atende pacientes encaminhados pelos ESF, e que são marcados pela central de atendimento, em busca de serviços de neurologia, cardiologia, oftalmologia, infectologista, proctologista, ortopedia e otorrinolaringologista. Bem como exames de densitometria óssea, raio-x, tomografia, eletrocardiograma, eletro encefalograma, cirurgia de catarata. No mesmo local, funciona Centro de Especialidades Odontológicas - CEO, atendendo a implantes,

ortodontia e periodontia. Todos esses serviços são oferecidos a população de segunda a sexta-feira, em horário comercial.

A cidade ainda dispõe de dois Centro de Apoio Psicossocial - CAPS, tais equipamentos buscam um trabalho junto aos usuários com transtornos mentais graves, oferecendo uma equipe multidisciplinar, com oficinas e apoio psicossocial, o objetivo seria a reinserção social destes usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e o fortalecimento dos laços familiares.

O Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST possui uma área de abrangência funcional de 45 municípios circunvizinhos, é um órgão Federal que atua em conjunto com a municipalidade regional de saúde como: Icó, Brejo Santo, Iguatu e Juazeiro do Norte. Tem como missão tornar saudável a relação do trabalhador e o seu ambiente de trabalho, promovendo a cidadania e prevenindo contra os acidentes de trabalho e doenças relacionadas.

Ainda conta com uma equipe multidisciplinar formada por especialista em saúde do trabalhador, clínico geral, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, enfermeiro, advogado e psicólogo, atendendo a todos os trabalhadores formais e informais.

No aspecto da atenção secundária se encontram uma Unidade do Serviço de Acolhimentos Médico - SAME. O município dispõe de três Hospitais Infantis Maria Amélia, que atende a pediatria, o Hospital São Lucas, com atendimentos a gestante e neonatal, e o Hospital Tasso Jereissati (HTJ), realizando atendimento só de urgência e emergência sem internamento, dispondo de um laboratório que realiza todos os exames solicitados no hospital e nos ESF.

A partir de maio de 2011 o Hospital Regional do Cariri – HRC, pertencente ao Estado, atende urgência, emergência, serviço ambulatorial, cirurgias eletivas e emergenciais. É formado por uma equipe com diversos especialistas como: traumatologia-ortopedia, neurologia, cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia plástica, cirurgia buço-maxilo-facial, proctologia, gastroenterologia, urologia, oftalmologia, clínica médica e mastologia.

Apesar destes equipamentos que atendem a saúde da população, a cidade vem apresentando dificuldades na efetivação de seus serviços, devido a falta de estrutura e de profissionais de saúde, causando aos usuários comprometimento com sua saúde e aos serviços essenciais.

Quanto ao Hospital e Maternidade São Lucas este idealizado por um grupo de médicos Mário Malzoni, Leão Sampaio e Possidônio Bem, como também por

algumas senhoras da sociedade juazeirense, que realizaram campanhas de arrecadação, após observarem a tamanha necessidade de um atendimento médico e uma melhor assistência para as mulheres que precisavam ter bebê na região do Cariri.

A pedra fundamental da obra foi lançada em 1947 e sua inauguração se deu no ano de 1956. Representou um marco na história da saúde do Cariri, trazendo grandes avanços para o povo de Juazeiro do Norte – CE. Neste período, foi então determinado que o hospital fosse administrado por uma fundação intitulada “Fundação São Francisco das Chagas”, que tinha caráter beneficente e com o recurso que arrecadavam mantieram atendimento gratuito aos necessitados, isto acontecendo até a universalização da saúde após a Constituição Federal de 1988.

O referido Hospital e Maternidade São Lucas é considerado uma instituição pública, governamental e conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS). É referencia no atendimento as gestantes e crianças de toda região do Cariri. Um dos principais objetivos dessa instituição é oferecer apoio médico obstétrico, de qualidade, através de um parto humanizado, com apoio técnico e social por parte dos funcionários.

Portanto o mesmo presta serviços educacionais através de Convênios firmados com: a Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte - FMJ, Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN, Universidade Regional do Cariri - URCA, Escolas Técnicas de Enfermagem Cristo Rei e Francisca Nobre, assim como a Faculdade Leão Sampaio - FALS, cujo objetivo é servir de campo de estágio para os alunos dessas instituições, sendo considerado hospital escola.

O Hospital presta à população serviços de Maternidade, Urgência Pediátrica, Clínica Obstétrica, Clínica Cirúrgica, 24 leitos, sendo 10 de terapia intensiva e 14 de médio risco, UTI Neonatal, Banco de Leite e Clínica Médica, assim como exames de Ultra-sonografia, Raios-X, teste da orelhinha e do Pezinho. No setor administrativo conta com Ouvidora, secretaria, possuindo em seu corpo funcional três diretores: Administrativo, Clínico e Técnico. Recentemente instalaram o Banco de Leite, para um melhor atendimento as parturientes.

Quanto ao Serviço Social o Assistente Social dentro do Hospital desenvolve inúmeras funções, tais como orientações, encaminhamentos externos e internos quanto aos direitos da população usuária, no sentido de democratizar as

informações, assim identificando a situação socioeconômica, habitacional, trabalhista, previdenciária e familiar dos usuários.

Para um melhor resultado dos trabalhos o profissional realiza abordagem individual ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes. O mesmo comparece a todos os setores do alojamento, local onde as mães ficam após o parto, até obterem a alta hospitalar e da UTI Neonatal, realizando visitas periódicas a fim de identificar fragilidades que mais acometem as pacientes.

O profissional atua junto a equipe multidisciplinar, fazendo visitas às enfermeiras e apartamentos para detectar problemas que o Serviço Social possa resolver como providenciar acompanhantes para os pacientes, caso necessário, dar apoio a pacientes e familiares, estabelecer contatos via telefone com familiares, e muitas vezes encaminhar crianças a serem adotadas, e comunicar o óbito de algum paciente.

Nesses termos, o Assistente Social promove palestras e dinâmicas para as pacientes que estão com seus bebês internados na UTI Neonatal, com o objetivo de orientá-las a respeito de algumas informações, como o importante contato da mãe na recuperação do seu filho internado, informações sobre doenças sexualmente transmissíveis, direitos dos usuários na área da saúde, a importância da amamentação e a gravidez na adolescência.

O profissional trabalha também na elaboração de reuniões com o corpo funcional da instituição, com intuito de um bom atendimento à população usuária do Hospital, assim evitando o absenteísmo entre os funcionários, fazendo encaminhamentos nos casos de adoção de maus tratos ou violência sexual contra crianças e adolescentes, repassando para os órgãos competentes como Conselho Tutelar, Centro de Referência Especializado da Assistência Social CREAS e Polícia Civil.

As atribuições desenvolvidas pela Assistente Social deve ser a busca pela garantia dos direitos do usuário, assim como um atendimento humanizado capaz de minimizar os problemas de saúde advindos da realidade social.

Podemos observar que o atendimento deste profissional fere o que rege o art. 5º do Código de Ética dos assistentes sociais de 1993, que é dever do assistente social “contribuir para criação de mecanismos que venha desburocratizar a relação com os usuários, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados.”

É importante relatar que o Assistente Social enquanto trabalhador assalariado, inserido dentro de hospital público acaba por aceitar os parâmetros que regem a instituição. Outro grande problema que enfrenta o profissional nesta instituição é a ausência de autonomia nas decisões de medidas para um atendimento eficaz ao usuário, visto que todo o exercício profissional é lapidado segundo as normas da instituição.

Outro importante ponto a ser analisado é a falta de reconhecimento do profissional tanto diante a equipe multiprofissional, quanto pelos usuários, até então serviço esse pouco reconhecido. Sem contar com a falta de estrutura, muitas vezes tendo que dividir a sala com outros profissionais.

Portanto o Assistente Social deve atuar de forma que venha a garantir o direito do cidadão, viabilizando os serviços de acordo com cada necessidade, possibilitando assim um atendimento condizente com o que este promulgado da Constituição Federal 1988, onde a saúde é direito de todos e dever do Estado. Assim o mesmo deve ter um posicionamento Ético, obtendo uma visão critica de toda totalidade social, para compreender e analisar a sociedade de forma macro, ou seja, como um todo, descobrindo em um fato social todos os fenômenos que estão interligados a ele. O profissional deve ser um propositor e não um executor de trabalhos.

CAPÍTULO III – A PERCEPÇÃO DO USUÁRIO ACERCA DO SERVIÇO SOCIAL

3.1 Metodologia

A pesquisa realizada teve por finalidade abordar uma explicação detalhada sobre a percepção do usuário acerca do serviço social no Hospital e Maternidade São Lucas, na cidade do Juazeiro do Norte-CE, com intuito de compreender e interpretar se os mesmos conhecem e solicitam os serviços prestados pelo assistente social, profissional esta inserido na equipe multiprofissional do hospital.

Segundo Minayo (1994), "a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador".

A pesquisa foi desenvolvida dentro de uma instituição hospitalar pública em Juazeiro do Norte – CE, localizado na Rua São Benetido, 243 – Bairro São Miguel – CEP 63020-080, onde presta atendimento a população feminina. O interesse pelo tema partiu por observar como existe um índice alto do não reconhecimento da profissão de Serviço Social por parte dos usuários assistidos nessa instituição.

Foi utilizado como instrumento para a coleta de dados o questionário contendo doze questões, com apenas três perguntas subjetivas abordando perguntas sobre o profissional de serviço social e se os usuários conhecem os serviços prestados pelo mesmo nesta instituição. Os questionários foram respondidos por mães que estavam com seus filhos internados na UTI Neonatal do Hospital, como também com mães que levaram seus filhos para consulta com pediatra.

No universo de aproximadamente sessenta atendimentos diários foram entrevistados quarenta usuárias para responder o questionário e daí ser tirado o percentual a fim de obtermos o resultado desejado e consistente.

O período de aplicação do questionário deu-se no período de 1 semana, momento este de desenvolvimento do estágio supervisionado. A pesquisa foi classificada por ser de maneira quantitativa e qualitativa.

Segundo Richardson (2008, p.191), o método quantitativo são instrumentos em que as perguntas ou afirmações apresentam categorias ou alternativas de respostas fixas e preestabelecidas ou seja, são perguntas construídas com o intuito de obtenção de uma das respostas já posta no questionário. O método qualitativo

caracteriza-se por perguntas ou afirmações que levam o entrevistado a responder com frases ou orações. (Ib; p. 192)

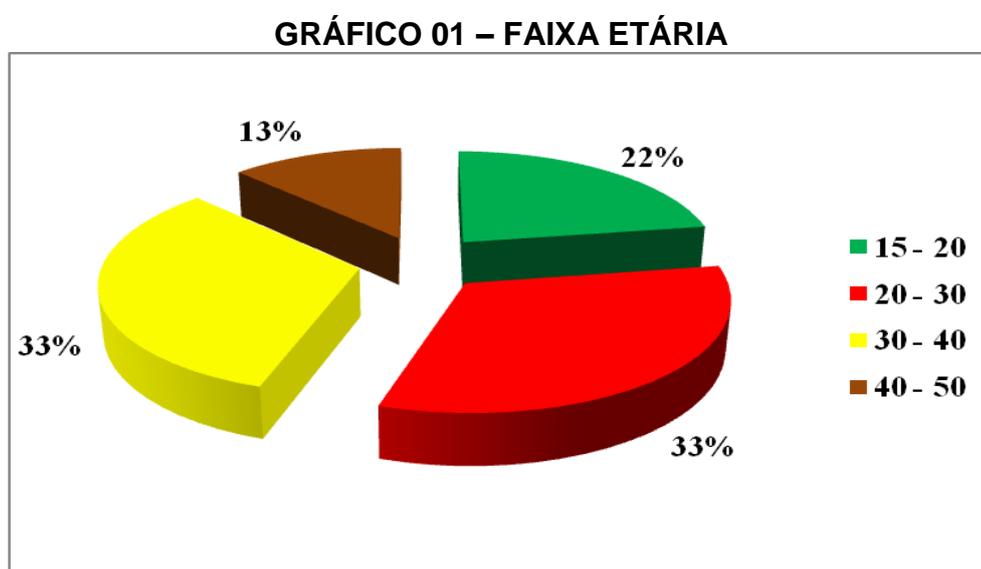
Portanto utilizamos o método dialético marxista, que seria uma maneira de atingir o verdadeiro conhecimento. A partir do dialogo com os usuários descobrimos suas verdadeiras dificuldades. Podemos observar que os problemas sociais estão sempre interligados um com os outros.

3.2 Análise e discussão dos dados

Após as entrevistas com os usuários obtivemos uma avaliação do trabalho do assistente social no hospital, assim possibilitando uma análise mais concreta e objetiva. Observamos que existe um índice muito alto do não reconhecimento do trabalho deste profissional na instituição. Portanto é necessário que o profissional de serviço social esteja mais presente na vida dos pacientes, mesmo que seja um atendimento imediato, é de grande importância o assistente social acompanhar a evolução do usuário.

O Assistente Social vem se destacando a cada dia que passa, tornando-se uma prática essencial no cotidiano das instituições.

O gráfico a seguir mostrará o sexo dos usuários do Hospital e Maternidade São Lucas - HMSL, os mesmos trazem a nossa interpretação de acordo com os resultados obtidos após o termino da pesquisa.

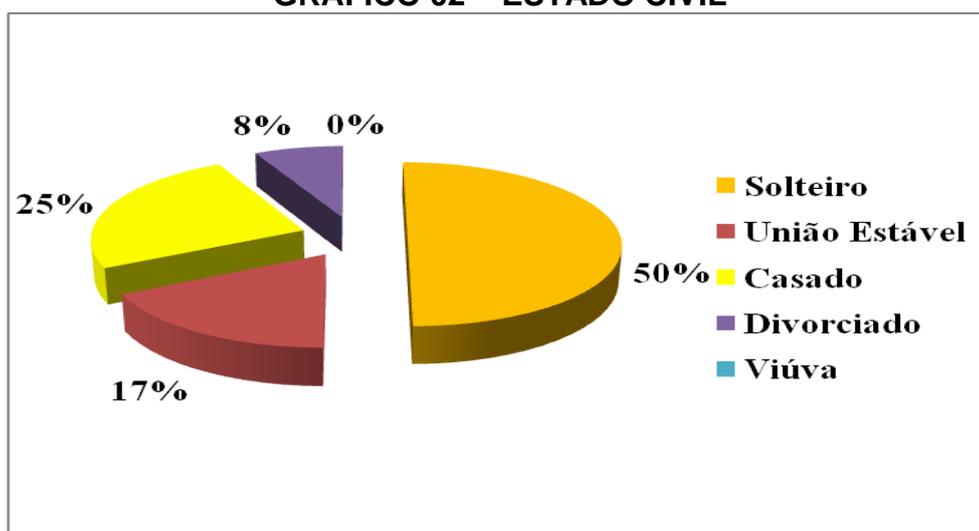


Fonte: Primária, 2012.

A pesquisa mostra a variedade de faixa etária dos usuários atendidos nesta instituição, onde os pacientes entre quinze e vinte anos obtiveram um percentual de 22%, e de vinte a trinta anos 33%, de trinta a quarenta anos 33% também, e de quarenta a cinquenta 13%. Portanto observa-se que embora o maior percentual seja de 20 a 30 anos e de 30 a 40 anos, podemos associar esses dados com a produção independente, pois inúmeras mulheres no nosso país, procuram sua independência seja do lado profissional ou pessoal. A cada ano que passa as mulheres ganham novos espaços na nossa sociedade, hoje é natural a mulher querer ter filhos, sem constituir uma família, optando por métodos científicos, através de inseminações artificiais ou pai biológico mas sem assumir a criança. Muitas mulheres abandonaram a vida de dona de casa e passam a ocupar espaços no mercado de trabalho. Temos uma variedade de atendimentos diversificados nessa instituição hospitalar. Contudo são mães solteiras, independentes, separadas, casadas e viúvas.

Observamos também um aumento da incidência de gravidez na adolescência. A vida sexual dessas adolescentes está cada vez mais precoce, essas crianças estão sendo mães cada vez mais cedo. A média de idade é entre 13 a 15 anos. Em se tratando da escolaridade, essas meninas não frequentam mais a escola. Essas famílias estão mais vulneráveis a pertencerem ao mundo das drogas, da marginalização, da gravidez na adolescência entre outros fatores sociais. No hospital que foi aplicado a pesquisa grande parte das pacientes são adolescentes, e em sua maioria são de famílias pobres. Essas meninas por serem ainda crianças não fazem um planejamento familiar. Portanto cabe ao Estado prover políticas sociais, ou até mesmo concretizar as que já existem, para a diminuição da marginalização por parte dos adolescentes.

GRÁFICO 02 – ESTADO CIVIL



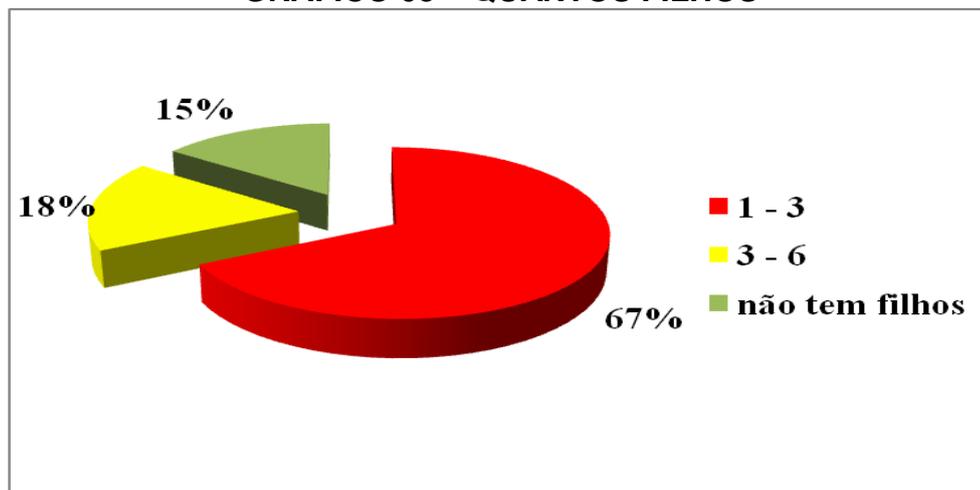
Fonte: Primária, 2012.

Neste gráfico é percebido que o maior número de pacientes são solteiras, ou seja, cerca de 50%, união estável corresponde a 17%, casado 25%, divorciado 8%, e não registramos viúvas. Mediante o que relatamos acima observamos que a maioria das pacientes são solteiras ao ter optado por produção independente ou por serem adolescentes sem nenhuma estrutura familiar. Na sociedade tradicional o conceito de família seria o pai no topo da pirâmide, a mãe como dona de casa, e os filhos nas condições só de obedecer os pais. Com o passar do tempo as mudanças foram ocorrendo na sociedade contemporânea, onde as mulheres adentram no mundo do trabalho cada vez com eficiência e agilidade.

Segundo BRUHL (1988) *apud* GOLDANI (1988):

Essas mudanças estão relacionadas com alguns decisivos fatores, como: o aumento das taxas de divórcios e separações conciliatórias, aumento do concubinato e a crescente migração de famílias da zona rural para a zona urbana. As referidas mudanças, típicas da modernidade, possibilitaram transformações estruturais da família, o que resultou em crescentes opções individuais que responderiam pelos novos modelos de família. (p. 1).

Portanto observamos que a família está intimamente ligada com a sociedade. Podemos assim dizer que a família é a base de tudo. Mediante as transformações ocorridas na nossa sociedade, as pessoas estão cada vez mais individualistas, só se preocupam com seus próprios interesses. O conceito de família hoje não é mais o mesmo. A relação pais e filhos é raro, pois a cada dia que passa, as pessoas trabalham constantemente, sem ter tempo para a família.

GRÁFICO 03 – QUANTOS FILHOS

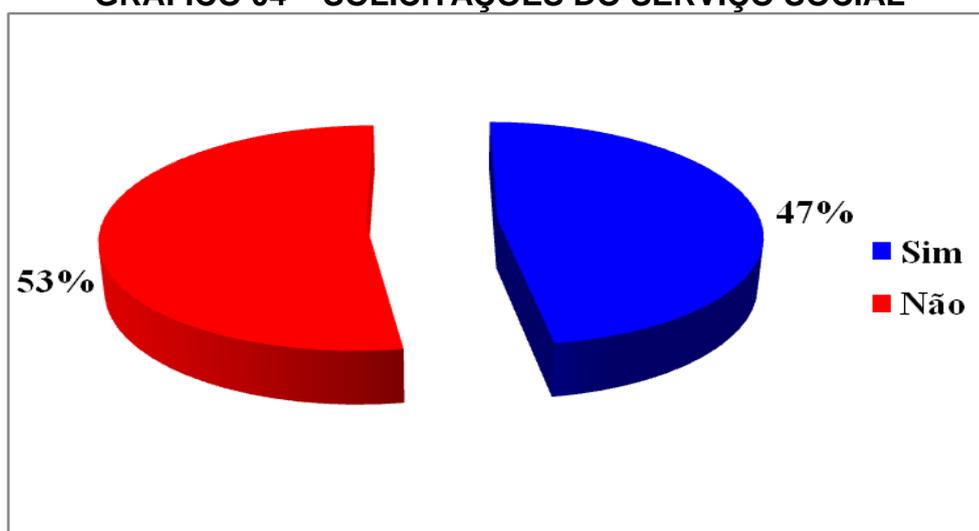
Fonte: Primária, 2012.

Neste gráfico percebemos que o maior percentual foi de 1 a 3 filhos, ou seja, a porcentagem equivale a 67%. Portanto foi diagnosticado que o primeiro resultado refere-se as pacientes solteiras, e em sua maioria são jovens que acabaram engravidando na adolescência, e isso pode estar relacionado a diversos fatores, como: a falta de informação no que se refere a métodos contraceptivos, a falta de responsabilidade e até mesmo ao alto índice do uso abusivo de álcool e drogas presente na região, onde os principais usuários dessas drogas ilícitas se enquadram na faixa etária dos adolescentes.

De acordo com.

(...) revelam que apesar da maior difusão de informações sobre o assunto, ou seja, a própria prevenção de uma gravidez indesejada, cerca de 45% a 60% dos adolescentes brasileiros inicia a vida sexual sem nenhum método contraceptivo. (SANTOS; CARVALHO (2006) *Apud* Portal do Psicólogo (2003).

Muitas dessas adolescentes não apresentam condição financeira e nem emocionais para assumir a maternidade. Em sua maioria abandonam a escola, e fogem até de casa. Essas garotas estão vulneráveis a terem uma gravidez precoce, um dos fatores que acabam influenciando é o fato de suas mães também começarem a vida sexual cedo.

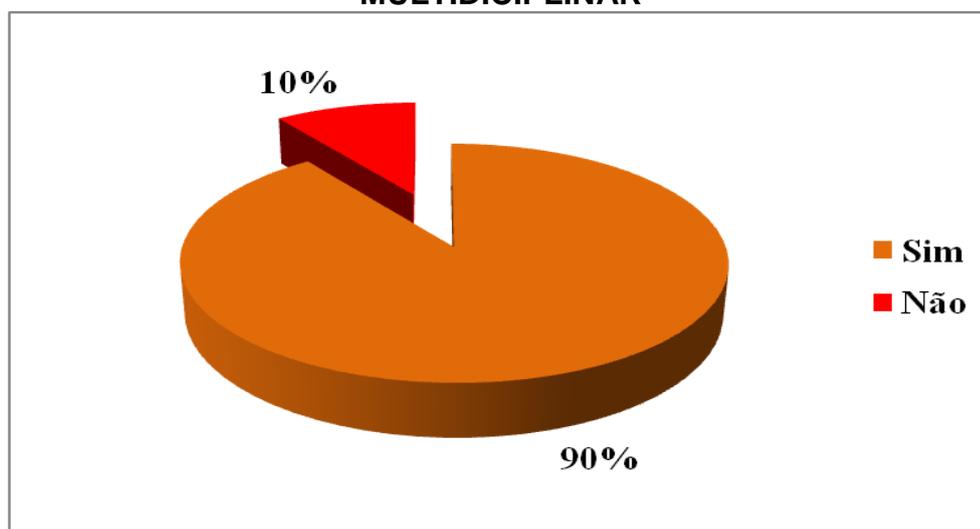
GRÁFICO 04 – SOLICITAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

Fonte: Primária, 2012.

Observamos que 47% dos pacientes internados no HMSL, solicitam os serviços do Assistente Social, já 53% falaram que nunca procurou os serviços desse profissional. Com isso podemos analisar que essa realidade mostra que o Assistente Social mais uma vez deve fazer uma análise da sua atuação, onde a mesma possa divulgar seu trabalho dentro da instituição, para que os usuários tenha um conhecimento dos seus serviços e o quanto é importante no hospital. Então concluímos que o atendimento do serviço social esta presente no âmbito hospitalar, mas a maioria das pacientes não tem dimensão do que realmente seja o serviço social, solicita mas não sabe sua verdadeira função. É essencial que o paciente tenha o conhecimento da prática desse profissional, para o mesmo efetivar os direitos dos usuários.

É importante que o profissional de serviço social venha renovando sua atuação de acordo com a evolução da sociedade, para assim ganhar espaço nas instituições, seja na assistência ou na saúde.

GRÁFICO 05 – A IMPORTÂNCIA DO ASSISTENTE SOCIAL NA EQUIPE MULTIDICIPLINAR



Fonte: primária 2012

Com os resultados podemos perceber que 90% dos pacientes acham importante o Assistente Social fazer parte da equipe multidisciplinar, e 10% acha que não, a minoria tem essa conclusão por não saber qual o papel do assistente social dentro do hospital. A falta dessa informação prejudica muito o paciente na concretização dos seus direitos, pois sabemos que boa parte da população é leiga, em se tratando dos seus direitos legais garantidos na Constituição Federal de 1988. Ao responder sim ou não, algumas pessoas acrescentaram nas suas falas ainda:

“Acho muito importante o serviço social, pois ela é uma pessoa boa”

“Não sei, acho que sim”

“Não sei falar, pois não tenho conhecimento”

O serviço social na década de 30 tinha um caráter voltado para filantropia, sua doutrina era ligado a Igreja Católica, neste período o profissional trabalhava para conter e controlar as lutas sociais. O profissional tinha uma visão micro de toda totalidade social, não iria em busca da transformação social.

A fala dos usuários mostra claramente a descaracterização do Serviço Social nesse hospital, ou seja, a falta de conhecimento das pessoas acerca da importância do trabalho do Assistente Social.

Os assistentes sociais trabalham com as mais diversas expressões da questão social, esclarecendo a população seus direitos sociais, e os meios de ter aos mesmos. (IAMAMOTO; 2009, p.366).

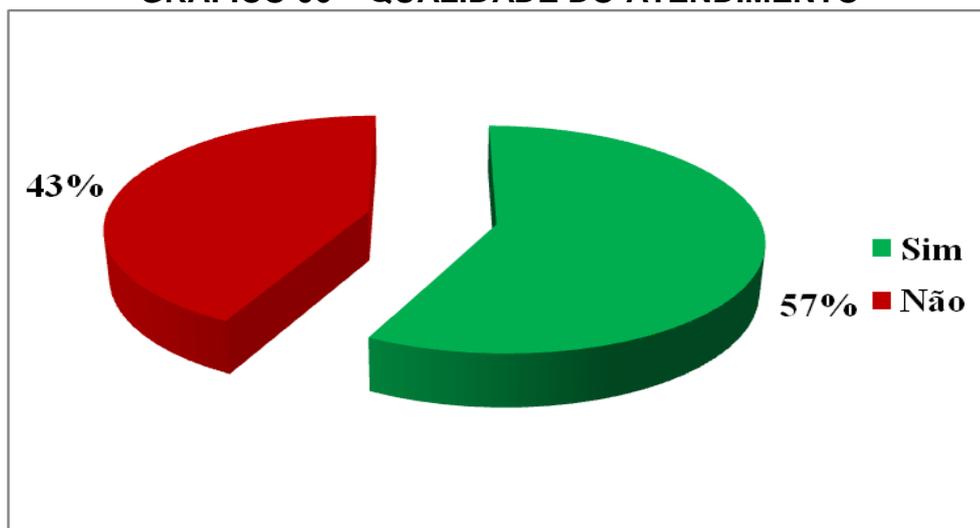
Portanto com o passar dos tempos, alguns assistentes sociais viram que a atuação não correspondia com a realidade, e precisava de uma nova prática que respondessem as expressões da questão social, que estavam se agravando cada vez mais.

Em 1979 temos em São Paulo o Congresso da Virada, que segundo Guerra (2009) foi a partir desse Congresso que se dispararam os seguintes processos de mudança no Serviço Social: (1) ampliação e laicização da profissão; (2) vinculação sócio-política com a classe trabalhadora; (3) inserção acadêmica e científica da profissão; (4) militância política na profissão contra a ditadura; (5) criação de uma proposta metodológica de trabalho; (6) desenvolvimento das entidades organizativas da profissão – conselhos regionais e o conselho federal (7) mudança no perfil profissional.

É nesse cenário contraditório de luta entre a classe trabalhadora e a classe dominante, que aparecem os desafios ao profissional de serviço social, onde o mesmo vai trabalhar na mediação entre empregador e empregado, sendo que o assistente social se coloca também inserido como classe trabalhadora.

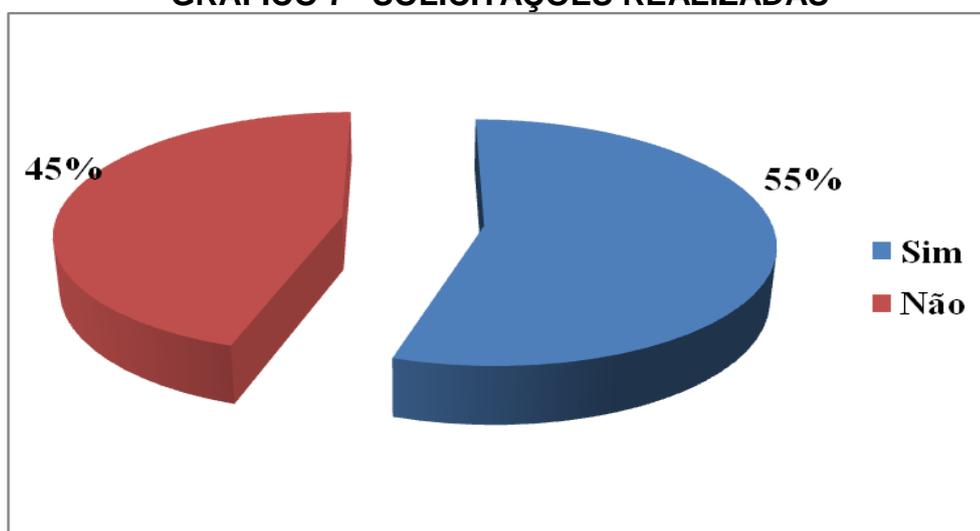
Por sua vez, que o projeto para ser efetivado implica num compromisso dos profissionais com a “competência” alicerçada no aperfeiçoamento intelectual permanente, viabilizada a partir de uma formação acadêmica qualificada com base em referenciais teórico-metodológico críticos e sólidos que sejam capazes de viabilizar uma análise concreta da realidade social. (NETTO 2001, p.63).

O assistente social tem um posicionamento ético, político e técnico, assim sendo orientado pelos princípios e valores. O mesmo deve atuar de acordo o Projeto Ético Político e o Código de Ética da Profissão.

GRÁFICO 06 – QUALIDADE DO ATENDIMENTO

Fonte: Primária, 2012.

O resultado do gráfico revela apenas que 57% dos usuários são atendidos pelo profissional e 43% diz que nunca procurou. É essencial a visita do profissional aos leitos, para acompanhar o paciente desde sua entrada até sua saída do hospital. Observa-se que talvez boa parte dos pacientes não tenha procurado o assistente social, por não saber o que o mesmo faz. O hospital tem uma demanda muito grande de pacientes todos os dias, pois o mesmo atende toda região do cariri, e em sua maioria são pessoas que não tem conhecimento dos seus direitos, ou seja, que não tem informação, e o assistente social é quem deve promover a garantia dos direitos sociais dos usuários.

GRÁFICO 7– SOLICITAÇÕES REALIZADAS

Fonte: Primária, 2012.

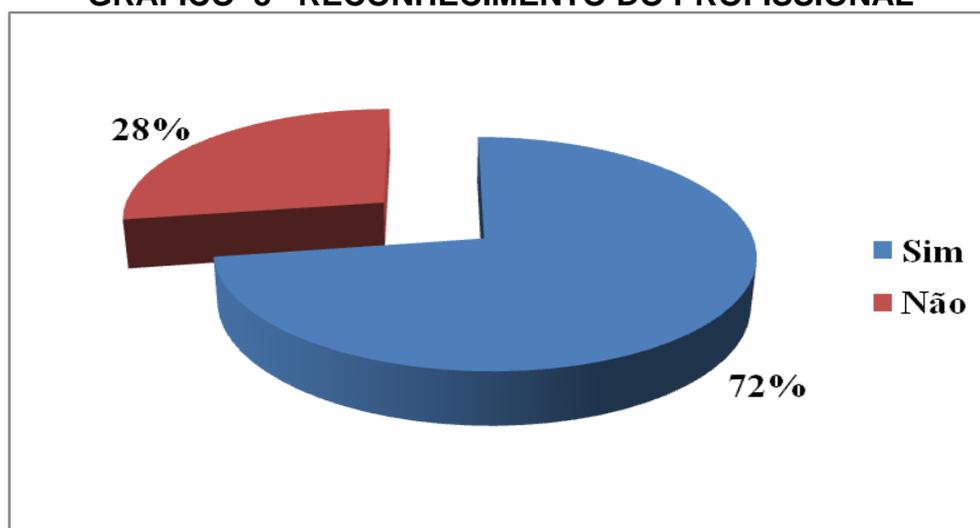
O gráfico demonstra que 55% dos usuários são atendidos assim que solicita o serviço social e 45% disseram que nunca procurou o serviço social, por não ter conhecimento do mesmo. O assistente social precisa ter clareza nas suas atribuições e competências para estabelecer prioridades no desenvolvimento de seus trabalhos diariamente. O profissional deve estar sempre fazendo um acompanhamento com os pacientes e seus familiares. É muito importante estabelecer vínculo com a família, para que a mesma faça parte do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde.

Segundo Costa (2000, p.21):

A inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. A implementação do SUS, a partir dos anos 1990, vai exigir novas formas de organização do trabalho em saúde, a partir das reivindicações históricas do movimento sanitário que são exemplos a universalização, a descentralização e a participação popular.

Portanto o profissional de serviço social juntamente a equipe interdisciplinar devem desenvolver um trabalho de humanização dentro do hospital, para assim possibilitar ao paciente a recuperação mais rápida da sua enfermidade.

GRÁFICO 8- RECONHECIMENTO DO PROFISSIONAL



Fonte: Primária, 2012.

O gráfico revela que 72% dos entrevistados conhecem o Assistente Social do HMSL, mas a maioria dos usuários conhece a pessoa e não o serviço, e 28% não

conhecem de forma alguma. Várias pessoas disseram que “*só conhecem de vista*”, outras “*por ouvir falar*”. É uma realidade que deve ser pensada e analisada pelo próprio profissional, para que sua atuação possa ser reconhecida tanto pelos usuários como pela equipe multidisciplinar do hospital.

O assistente social deve sempre aprimorar suas estratégias de trabalho, para ter uma melhor prática frente às questões sociais que surgirem no decorrer do cotidiano.

Quanto à visão do usuário acerca do serviço social, alguns falaram o que sabiam sobre o mesmo:

“não tenho conhecimento”

“é um psicólogo”

“é um médico”

“ajudar a ter conhecimentos sobre os nossos direitos”

De acordo com as falas podemos notar o desconhecimento sobre nossa atuação dentro do hospital. Assim visualizando que os pacientes sabem da existência do assistente social, mas não sabe exatamente qual a sua atuação dentro da área hospitalar.

Reafirma o assistente social como profissional de saúde, pautado na resolução anteriormente citada, no novo conceito de saúde inaugurado pela constituição Federal de 1988, na própria formação do assistente social e no compromisso ético-político expresso no Código de Ética da profissão de 1993, que coloca um dos principais fundamentos do Serviço Social é o “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. (PACHECO, 2007, p.2)

A atuação do assistente social na área da saúde deve ter como objetivo primordial, a busca criativa e contínua da agregação dos conhecimentos e das novas demandas à profissão.

Durante a pesquisa algumas mães responderam como elas vêem a figura do Assistente Social no ambiente hospitalar. As falas em alguns momentos foram vagas, como:

“é uma pessoa que soluciona problemas”

“não sei, nem conheço”

“é uma pessoa muito importante no hospital, pois ela faz reuniões, brincadeiras com vários assuntos”

“uma pessoa caridosa, boa, amiga e atenciosa”

Observamos que apesar do serviço social passar por várias transformações na categoria profissional no decorrer da história, ainda temos práticas conservadoras. Pudemos notar isso mediante o relato dos usuários mais humildes, que ver a figura do assistente social como uma pessoa boa, que gosta de ajudar, ou seja, trabalha de maneira assistencialista.

Segundo Bulla (2003, p.8):

O Serviço Social era concebido como uma “missão”, um “serviço” à sociedade, que estava na dependência de uma “vocação” específica de seus agentes, a quem competiria, segundo expressões muito utilizadas na época, “fazer o bem-feito”. Isso significava realizar um trabalho de ajuda com competência técnica, com base em princípios filosóficos e morais, que seriam transmitidos aos assistentes sociais, através da educação.

Com essa atuação fragmentada, faz com que o trabalho do serviço social torne-se vago. Dessa maneira o assistente social acaba não sendo visto como um profissional executor das políticas sociais.

Mediante ao serviço prestado pelo profissional de serviço social, algumas mães disseram que solicitou o mesmo para:

“Minha filha foi violentada pelo padrasto, e vim para o hospital. Aqui me mandaram falar com a assistente social e ela tomou todas as providências”

“solicitei a assistente social para conseguir um medicamento”

“eu não queria meu filho, e a assistente social me disse como faria para meu filho ser adotado”

“minha filha foi espancada pelo tio, ao chegar aqui no hospital, me encaminharam para o serviço social...e ela perguntou como foi...estamos para resolver”

Pelos relatos acima podemos notar que o serviço social é solicitado no hospital. Mas ainda a uma necessidade do assistente social está presente na vida desses pacientes, tendo um contato mais direto com os mesmos. Assim existindo uma relação, mas íntima entre o profissional e o usuário possibilitará ao mesmo, uma análise mais concreta da realidade social dessas pessoas, compreendendo quais os fatos interligados aquele problema específico do usuário.

A profissional esta habilitada para a concretização plena de serviços voltados as pessoas em situação de vulnerabilidade social.

Nas respostas podemos observar que é através de outros profissionais, que o paciente conheceu o serviço social. Muitos disseram que nunca precisou dos serviços, mas já viu alguém sendo atendido pelo mesmo.

A resposta mais citada foi à questão da solicitação de medicamentos, pois os mesmos não têm condição financeira para comprar, então solicita o assistente social para conseguir a medicação desejada.

O assistente social teve ter um compromisso com o Projeto Ético Político, onde o mesmo deve atuar com uma postura critica e reflexiva de toda totalidade social, para assim compreender toda problematização dos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse para realização deste trabalho teve início durante o estágio supervisionado no HMSL, onde pude perceber que a maioria das mães desconhece o serviço social do hospital, por não ser um trabalho divulgado institucionalmente.

A luta pela efetivação das políticas sociais no Brasil, em especial a Saúde abrange um processo de evolução histórica, onde foi sendo minuciosamente construído até chegar de fato a sua concretização, sendo garantidos constitucionalmente. Portanto a saúde para ser vista como um direito passou por inúmeras lutas e movimentos sociais advindos da sociedade.

Percebeu-se após a coleta que os usuários em sua maioria ainda não conhecem o papel do assistente social, e muito menos das suas competências, pois observamos que grande parte dos pacientes vêem à assistente social como uma pessoa caridosa, que gosta de ajudar, portanto podemos fazer um paralelo ao serviço social na década de 1930 até meados dos anos 1970, que a atuação do Assistente Social neste período era de maneira assistencialista e conservador, caracterizado pela atuação neutra do profissional frente a realidade posta na sociedade. Com o passar dos tempos foi que a profissão passou por inúmeras transformações no seu interior, adotando como base a teoria marxista, que possibilita o profissional ter uma visão crítica da totalidade social, assim obtendo uma compreensão mais ampla da vida dos usuários. Lembra o conceito de saúde pelo O.M.S.

Sabe-se que o Serviço Social é muito importante dentro das instituições, principalmente na vida usuários, pois possibilita ao usuário a efetivação de seus direitos garantidos. Podemos observar que as vezes que o serviço social é procurado ele busca garantir direitos de forma a corresponder com as expectativas do usuários.

Portanto o profissional precisa lutar pela efetivação dos direitos que assistem o usuário, pois os mesmos por serem leigos desconhecem seus próprios direitos, assim tendo dificuldade para superação dos problemas. E o Assistente Social esta desempenhando um papel de executor e mediador dessas políticas.

Em suma, os direitos existem, só necessitam ser melhor divulgado, para fortalecer o conhecimento e a garantia de fato no cotidiano das instituições hospitalares, ou seja, no próprio setor público.

E esse o papel no espaço sócio ocupacional que o assistente social precisa preencher e garantir sua luta pela efetivação dos direitos da comunidade.

REFERÊNCIAS

AMARAL, José Luiz Gomes do. SUS: **O que você precisa saber sobre o sistema único de saúde**. In: NUNES, L.A., (orgs) Associação Paulista de medicina. Vol. 1. São Paulo: Atheneu, 2004.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e História**. 4ª. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4ª. ed. Ática, 2006.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. Lei nº 8.662/93 de 07 de julho de 1993. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de serviço social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Lei de Reg. Profissional.pdf>. Acesso em 10 de novembro de 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Brasília/DF: Ministério da Educação, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A adolescente grávida e os serviços de saúde do município*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999a.

BRASIL. Portaria n. 154, de 24 de Janeiro de 2008. Dispõe sobre os **Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Orientações para a implantação dos núcleos. Disponível em: <http://www.unioeste.br/projetos/saudefamilia/> Ministério da Saúde Acesso em 25 de novembro de 2011 às 19h:30min.

BRASILSUS: **Princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://WWW.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/Downloads/doc03.pdf. Acesso em: 4 outubro de 2011.

BRAVO, M^o Inês Souza. “**Reforma Sanitária e Projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate**”. In: Saúde e Serviço Social, São Paulo, ed. Cortez, Rio de Janeiro, UERJ, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza. MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al., (orgs) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2008.

BRAVO. M. I. S; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 3. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

BRAVO. Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al., (orgs) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

BRAVO. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

BRUHL, D. **A Família Pobre na Mudança do Campo para a Cidade**: experiências nordestinas. *Ciência e Cultura* 40 (1): jan., 1988.

BULLA, Leonia Capaverde. *Revista Virtual Textos & Contextos*, nº 2, dez. 2003. **Relações sociais e questão social na trajetória histórica do serviço social brasileiro**. Acesso em 13 de março de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa **Caminhos do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Caminhos_do_Direitos_em_Saude_no_Brasil.pdf Acesso em 01/03/2012.

Censo 2010-ibge - www.ibge.gov.br. Acesso em: 18 de Fevereiro de 2012, às 15:30;

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. in: Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 3. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

GOLDANI, A. M. **As famílias no Brasil Contemporâneo e o mito da desestruturação**. 1991. (Revista Travessia). Disponível em: www.pagu.unicamp.br/sites/www.ifch.unicamp.br.pagu/files/pagu01.06.pdf Acesso em: 30/03/2012.

HOFLING, Eloisa de Mattos. **Estado e políticas (públicas) sociais**. *Cad. CEDES* [online]. 2001, vol.21, n.55, pp. 30-41. ISSN 0101-3262. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32622001000300003>.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e Formação profissional**, 4ªed. Cortez, São Paulo 2001.

IAMAMOTO, Marilda Vileta; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: Esboço de uma Interpretação Histórico-Metodológica. 19ª. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

Ipece - www.ipece.ce.gov.br . Acesso em: 18 de Fevereiro de 2012, às 19:06

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo, Universidade Estadual Paulista, 1994.

KOSIK, Karel. **O mundo da pseudoconcreticidade**. In: Dialética do concreto. ed. Paz e Terra, 3ª ed. 1985.

MINAYO, Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOURÃO, Ana Maria A. et al. A Formação dos Trabalhadores Sociais no Contexto Neoliberal. O Projeto das Residências em Saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. In: Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 3. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: 2008.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social**. In: **Serviço Social: Direitos sociais e práticas profissionais**. – Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

PACHECO, Valdirene. **O Assistente Social como profissional de Saúde**. Disponível em: [HTTP://educacãofisica.org/joomla/index](http://educacãofisica.org/joomla/index)-Acesso em: 15 de janeiro de 2012, às 15:00h.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. **Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão**. Disponível em: <http://www.fag.edu.br>. Acesso em: 10 de janeiro de 2012 às 14:00h.

POSSAS, Cristina A. **Saúde e trabalho – a crise da previdência social**. Rio de Janeiro, Graal, 1981, 324 p.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. Roberto Jarry Richardson; Colaboradores: José Augusto de Souza Peres (ET AL). 3º. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RODRIGUES, P. H.; SANTOS, I. S. **Cidadania no Brasil**. In: Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Atheneu, 2009, p. 63-91.

SANTOS, Andréia dos; CARVALHO, Cristina Vilela de. **Gravidez na adolescência: um estudo exploratório**. Maringá – PR. Universidade Estadual de Maringá, 2006. (BOLETIM DE PSICOLOGIA, 2006, VOL. LVI, Nº 125: 135-151).

SCHONS, Maria Selma. **Assistência Social entre a “Ordem e a Des-ordem”:** Mistificação dos Direitos Sociais e da Cidadania. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2008. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS,

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

VASCONCELOS, A. M. de. Serviço social e práticas democráticas na saúde. 2001.
In: Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 3. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: 2008.

APÊNDICE

APENDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA

QUESTIONÁRIO

1. Sexo

F () M ()

2. Idade:

() 15 à 20 anos

() 20 à 30 anos

() 30 à 40 anos

() 40 anos acima

3. Estado Civil:

() casada

() solteira

() Divorciada

() união estável

() viúva

4. Quantos Filhos?

() de 1 a 3 filhos

() de 4 a 6 filhos

5. Para você o que é Serviço Social?

6. Você solicita o Serviço Social?

SIM () NÃO()

7. Você acha que é importante o Serviço Social fazer parte da equipe multidisciplinar?

SIM () NÃO ()

8. O Serviço Social atende suas necessidades?

SIM () NÃO ()

9. De que forma você ver a figura do Assistente Social no ambiente hospitalar?

10. Sempre que você solicita o Serviço Social é atendido?

SIM () NÃO ()

11. Você conhece a Assistente social do hospital?

SIM () NÃO ()

12. Qual o motivo você precisou do Serviço Social?